CONVOCATORIA A VEEDURIAS

En cumplimiento del artículo 66 de la Ley 80 de 1993 se convoca a las personas que estén interesadas en ejercer la veeduría ciudadana y quienes deberán acreditar certificado de inscripción en la cámara de comercio o en la personería Municipal, de acuerdo a lo establecido en la ley 850 de 2003, para realizar el control social en el proceso de contratación directa según lo establecido en el acuerdo No 05 de 2014 Estatuto de Contratación para "Prestación de servicios de apoyo a la gestión como técnico laboral en auxiliar de enfermería para integrar los equipos básicos de salud (EBS) de la E.S.E. Hospital Santa Mónica de Dosquebradas, en el marco de la estrategia de atención primaria en salud (APS) definida por ministerio de salud y protección social" a fin de que se presente en la oficina jurídica de la Empresa Social del Estado Hospital Santa Mónica, carrera 19 calle 18 Santa Mónica Dosquebradas.

Los interesados pueden consultar documentos que hacen parte del proceso contractual en la oficina jurídica.

Gerente

Fijado en la oficina de jurídica:

Fecha de fijación: Noviembre-2026

Revisó: Jefe de Oficina Jurídica.

Dosquebradas, noviembre del 2026

Doctor

Juan Carlos Marín Gómez

GERENTE ESE HOSPITAL SANTA MONICA DE DOSQUERADAS

REFERENCIA: Propuesta para la prestación de servicios como Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería para integrar los equipos básicos de salud (EBS) de la E.S.E. Hospital Santa Mónica De Dosquebradas

Cordial saludo

Por medio del presente le hago la propuesta económica de mis servicios como Técnico Laboral en Auxiliar de Enfermería para integrar los equipos básicos de salud (EBS) de la E.S.E. Hospital Santa Mónica De Dosquebradas para el año 2026, la cual versaría sobre las actividades aquí descritas y las demás que me sean asignados en el marco del objeto contractual así:

1. Ejecutar el cronograma de trabajo entregado por el líder del equipo o líder de la estrategia de Atención primaria en salud.

2. Informar en la comunidad las acciones que desarrollaran los equipos a través de medios y herramientas comunicativas.

3. Apoyar la construcción del mapeo y cartografía social de los territorios de abordaje y de primer contacto con las comunidades de cada micro territorio.

4. Gestionar la comunicación con los profesionales correspondientes de personas que requieran remisión urgente a partir de lo identificado en la atención en salud.

5. Identificar nodo primario comunitario (red actores comunitarios) dispositivos comunitarios del PIC y formas de cuidado propio provenientes de saberes populares, tradiciones culturales, y saberes propios de pueblos y comunidades étnicas o institucionales de carácter intersectorial presentes en el microterritorio/territorio.

6. Direccionar el proceso de referencia y contrarreferencia hacia servicios e intervenciones, para garantizar la continuidad e integralidad de la atención, cuando a ellos hubiere lugar

7. Realizar identificación de necesidades en el entorno hogar (125 familias) del micro territorio asignado, registrando de forma completa y veraz en el aplicativo determinado para tal fin, como base para la elaboración del Plan Integral de Cuidado Primario, incluye la digitalización de los instrumentos que sean diligenciados de forma manual.

8. Con la información captada en la caracterización en el micro territorio asignado reportar a la enfermera del equipo los riesgos encontrados para realizar el plan de cuidado de atención integral a la familia.

9. Identificar y direccionar las acciones de promoción de la afiliación al sistema general de seguridad social en salud.

10. Brindar educación para la salud e información orientada a la promoción de la salud, prevención de la enfermedad, identificación de signos de alarma y adopción de prácticas de cuidado de sí mismo, de los demás y de su entorno.

11. Realizar informe consolidado de la información encontrada en el micro territorio asignado de acuerdo con el formato entregado por el líder del equipo que incluye barreras percibidas, recomendaciones y conclusiones.

12. Informar a las familias sobre el portafolio de servicios de la salud y de otros sectores de acuerdo con sus necesidades.

PROPUESTA ECONÓMICA:

Las anteriores actividades se estiman en un valor mensual de **TRES MILLONES CIENTO CINCUENTA MIL PESOS M/CTE ($ 3.150.000).**

Con todo respeto.

MARIJOL LOPEZ ISAZA

C.C. No. 1073.804951.

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

Libertad y Orden

ENTIDAD RECEPTORA

1 DATOS PERSONALES

PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO (O DE CASADA)	NOMBRES
LOPEZ	ISAZA	MARISOL

DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN	GENERO	NACIONALIDAD	PAÍS
C.C. ⊗ C.E. ○ PAS ○ No. 1053804951	F ⊗ M ○ NB ○	COL. ⊗ EXTRANJERO ○	COLOMBIA

LIBRETA MILITAR
PRIMERA CLASE ○ SEGUNDA CLASE ○ NÚMERO D.M.

FECHA Y LUGAR DE NACIMIENTO		DIRECCIÓN DE CORRESPONDENCIA			
FECHA	DIA 31 MES 08 AÑO 1990	CARRERA 22 151 17 Conjunto galicia del parque			
PAÍS	COLOMBIA	PAÍS	COLOMBIA	DEPTO	RISARALDA
DEPTO	CALDAS	MUNICIPIO	PEREIRA		
MUNICIPIO	MANIZALES	TELÉFONO		EMAIL	Marisollopezisaza@gmail.com

2 FORMACIÓN ACADÉMICA

EDUCACIÓN BÁSICA Y MEDIA

MARQUE CON UNA X EL ÚLTIMO GRADO APROBADO (LOS GRADOS DE 1o. A 6o. DE BACHILLERATO EQUIVALEN A LOS GRADOS 6o. A 11o. DE EDUCACIÓN BÁSICA SECUNDARIA Y MEDIA)

EDUCACIÓN BÁSICA											TÍTULO OBTENIDO	BASICA SECUNDARIA		
PRIMARIA					SECUNDARIA				MEDIA		FECHA DE GRADO			
1°	2°	3°	4°	5°	6°	7°	8°	9°	10°	11°	MES	11	AÑO	2007

EDUCACIÓN SUPERIOR (PREGRADO Y POSTGRADO)

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO, EN MODALIDAD ACADÉMICA ESCRIBA:

TC (TÉCNICA) **TL** (TECNOLÓGICA) **TE** (TECNÓLOGICA ESPECIALIZADA) **UN** (UNIVERSITARIA)

ES (ESPECIALIZACIÓN) **MG** (MAESTRÍA O MAGISTER) **DOC** (DOCTORADO O PHD)

RELACIONE AL FRENTE EL NÚMERO DE LA TARJETA PROFESIONAL (SI ÉSTA HA SIDO PREVISTA EN UNA LEY).

MODALIDAD ACADÉMICA	No. SEMESTRES APROBADOS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULO OBTENIDO	TERMINACIÓN		No. DE TARJETA PROFESIONAL
		SI	NO		MES	AÑO	
PREGRADO	4	X		AUXILIAR DE ENFERMERIA	07	2011	

3 EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO

DILIGENCIE ESTE PUNTO EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO; EN LA MODALIDAD, ESCRIBA:

INF (EDUCACIÓN INFORMAL) **TR_DES** (EDUCACIÓN PARA EL TRABAJO Y EL DESARROLLO HUMANO)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

INSTITUCIÓN	MODALIDAD	No. TOTAL HORAS	GRADUADO		NOMBRE DE LOS ESTUDIOS O TÍTULOS OBTENIDOS	TERMINACIÓN	
			SI	NO		MES	AÑO

4 IDIOMAS

ESPECÍFIQUE LOS IDIOMAS DIFERENTES AL ESPAÑOL QUE: HABLA, LEE, ESCRIBE DE FORMA, REGULAR (**R**), BIEN (**B**) O MUY BIEN (**MB**)

IDIOMA	LO HABLA			LO LEE			LO ESCRIBE		
	R	B	MB	R	B	MB	R	B	MB

5 GERENCIA PUBLICA

LOGRO Y MANEJO DE RECURSOS

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	IDIME S . A	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:
¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	LABORATORIO SILVIO ALFONSO MARIN	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

¿Ha tenido experiencia laboral donde haya administrado recursos económicos y/o personal?:	Nombre de la Entidad / Organización:	¿Cuántos empleados tiene o tenía en la Entidad/Organización?:
	Cargando...	
Si tiene o tuvo personal a cargo, indique cuantos:	Si se le asignaron recursos económicos, indique el valor en pesos:	Describa un logro sobresaliente de su gestión:

EVALUACIÓN DE DESEMPEÑO

Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
IDIME S . A							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
LABORATORIO SILVIO ALFONSO MARIN							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año
Nombre de la Entidad / Organización:	Cargo en Entidad Pública:						
Cargando...							
Calificación Obtenida:	Escala de Calificación:	Fecha Inicio:			Fecha Fin:		
		Dia	Mes	Año	Dia	Mes	Año

6 EXPERIENCIA LABORAL

RELACIONE SU EXPERIENCIA LABORAL O DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS EN ESTRICTO ORDEN CRONOLÓGICO COMENZANDO POR EL ACTUAL

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD IDIME S . A			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 0	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	25	*Mes*	06	*Año*	2019	*Día*	01	*Mes*	04	*Año*	2022
CARGO O CONTRATO ACTUAL APOYO EN TOMA DE MUESTRAS	*DEPENDENCIA* APOYO DIAGNOSTICO- LABORATORIO						*DIRECCIÓN* AVENIDA 30 38 32					

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD LABORATORIO SILVIO ALFONSO MARIN			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 6068829194	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	01	*Mes*	08	*Año*	2017	*Día*	15	*Mes*	06	*Año*	2019
CARGO O CONTRATO ACTUAL AUXILIAR AREA TOMA DE MUESTRAS	*DEPENDENCIA* LABORATORIO CLINICO Y TOMA DE MUESTRA.						*DIRECCIÓN* CARRERA 23 25 61 EDF don pedro of 204					
EMPLEO O CONTRATO ANTERIOR												
EMPRESA O ENTIDAD Cargando...			*PÚBLICA*	*PRIVADA* X	*PAÍS* COLOMBIA							
DEPARTAMENTO CALDAS	*MUNICIPIO* MANIZALES					*CORREO ELECTRÓNICO ENTIDAD*						
TELÉFONOS 3173642468	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día	23	*Mes*	06	*Año*	2016	*Día*	31	*Mes*	07	*Año*	2017
CARGO O CONTRATO ACTUAL AIXILIAR DE ENFERMERIA	*DEPENDENCIA* ASISTECIA DOMICILIARIA						*DIRECCIÓN* CALLE 74 24 38 Sector recta del coliseo					

7 EXPERIENCIA LABORAL DOCENTE

EXPERIENCIAS DEL DOCENTE												
INSTITUCIÓN EDUCATIVA			*PÚBLICA*	*PRIVADA*	*PAÍS*							
DEPARTAMENTO	*MUNICIPIO*					*CORREO ELECTRÓNICO*						
TELÉFONOS	*FECHA DE INGRESO*						*FECHA DE RETIRO*					
	Día:		*Mes:*		*Año:*		*Día:*		*Mes:*		*Año:*	
AREA DE CONOCIMIENTO	*NIVEL EDUCATIVO*						*DIRECCIÓN*					

8 TIEMPO TOTAL DE EXPERIENCIA

INDIQUE EL TIEMPO TOTAL DE SU EXPERIENCIA LABORAL EN NÚMERO DE AÑOS Y MESES

OCUPACIÓN	TIEMPO DE EXPERIENCIA	
	AÑOS	MESES
SERVIDOR PÚBLICO	0	0
EMPLEADO DEL SECTOR PRIVADO	4	4
TRABAJADOR INDEPENDIENTE	0	0
EXPERIENCIA DOCENTE	0	0

FORMATO ÚNICO

HOJA DE VIDA

Persona Natural

(Leyes 190 de 1995, 489 y 443 de 1998)

9 FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

MANIFIESTO BAJO LA GRAVEDAD DEL JURAMENTO QUE SI __ NO X ME ENCUENTRO DENTRO DE LAS CAUSALES DE INHABILIDAD E INCOPATIBILIDAD DEL ORDEN CONSTITUCIONAL O LEGAL, PARA EJERCER CARGOS EMPLEOS PÚBLICOS O PARA CELEBRAR CONTRATOS DE PRESTACIÓN DE SERVICIOS CON LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA

PARA TODOS LOS EFECTOS LEGALES, CERTIFICO QUE LOS DATOS POR MI ANOTADOS EN EL PRESENTE FORMATO ÚNICO DE HOJA DE VIDA, SON VERACES, (ARTÍCULO 5o. DE LA LEY 190/95).

Ciudad y fecha de diligenciamiento _____

Marisol lopez

FIRMA DEL SERVIDOR PÚBLICO O CONTRATISTA

10 OBSERVACIONES DEL JEFE DE RECURSOS HUMANOS Y/O CONTRATOS

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN AQUÍ SUMINISTRADA HA SIDO CONSTATADA FRENTE A LOS DOCUMENTOS QUE HAN SIDO PRESENTADOS COMO SOPORTE.

_____ _____

Ciudad y fecha *NOMBRE Y FIRMA DEL JEFE DE PERSONAL O DE CONTRATOS*

Función Pública

PUBLICACIÓN PROACTIVA DECLARACIÓN DE BIENES Y RENTAS Y REGISTRO DE CONFLICTOS DE INTERÉS
(Ley 2013 de 2019, Ley 1437 de 2011, 734 de 2002 y 2003 de 2019)

Tipo de declaración	INGRESO	Fecha de publicación	2026-10-30 09:02

Nombres y apellidos completos			
Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
MARISOL		LOPEZ	ISAZA

Documento de identificación			
Tipo	CEDULA DE CIUDADANIA	Número	1053804951

Lugar de nacimiento					
País	COLOMBIA	Departamento	CALDAS	Municipio	MANIZALES

Lugar de domicilio					
País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	PEREIRA

Nombre de la entidad/organismo/institución/persona jurídica pública o privada que presten función pública o servicios públicos o que administren, celebren contratos y ejecuten bienes o recursos públicos/Notarías/Curadurías/ u otra donde trabaje	HOSPITAL SANTA MONICA -DOSQUEBRADAS

Lugar de sede					
País	COLOMBIA	Departamento	RISARALDA	Municipio	DOSQUEBRADAS
Dirección	["calle 18 carrera 19 esquina Barrio Santa Mónica"]				
Cargo o función que cumple	CONTRATISTA				

Tipo de sujeto obligado de acuerdo con el artículo 2 de la Ley 2013 de 2019: Persona natural y jurídica, pública o privada, que presten función pública, que presten servicios públicos respecto de la información directamente relacionada con la prestación del servicio público.

1. DECLARACIÓN JURAMENTADA DE BIENES Y RENTAS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente mi declaración de bienes y rentas y manifiesto que los únicos bienes y rentas que poseo a la fecha, en forma personal o por interpuesta persona, son los que relaciono a continuación.

1.1. DE INGRESOS, BIENES Y ACREENCIAS

Los ingresos y rentas que obtuve en el año gravable 2025 fueron:

CONCEPTO	VALOR
Salarios y demás ingresos laborales	$12.000.000,00
Cesantías e intereses de cesantías	
Gastos de representación	
Arriendos	
Honorarios	
Otros ingresos y rentas	
TOTAL	$12.000.000,00

Las cuentas bancarias de las que soy titular en Colombia y en el exterior son:

Tipo de cuenta	Sede de la cuenta (País)	Saldo total de la cuenta a diciembre 31 del año inmediatamente anterior
CUENTA DE AHORROS	COLOMBIA	$400.000,00

Mis bienes patrimoniales son los siguientes:

Tipo de bien	País	Departamento	Municipio	Valor

Mis acreencias y obligaciones vigentes a la fecha son:

Concepto	Saldo

1.2. PARTICIPACIÓN EN JUNTAS, CONSEJOS, CORPORACIONES, SOCIEDADES Y/O ASOCIACIONES

Tengo participación en juntas, consejos o directivos: Sí [ ] No [X]

En la actualidad participo como miembro de las siguientes Juntas o Consejos Directivos:

Nombre entidad o institución	Órgano	Calidad de miembro	País

Tengo participación en corporaciones, sociedades y asociaciones: Sí [ ] No [X]

A la fecha soy socio de las siguientes corporaciones, sociedades y/o asociaciones:

Nombre corporación, sociedad o asociación	Tipo	Calidad de socio	País

1.3. DECLARACIÓN DE LAS ACTIVIDADES ECONÓMICAS DE CARÁCTER PRIVADO

Tengo actividades económicas privadas: Sí [ ] No [X]

Las actividades económicas de carácter privado, adicionales a las declaradas anteriormente, que he venido desarrollando de forma ocasional o permanente son las siguientes:

Detalle de las actividades	Forma participación

2. CONFLICTOS DE INTERÉS

De acuerdo con lo consagrado en la Ley 2013 de 2019, a continuación procedo a publicar y divulgar proactivamente el registro de la información que puede ser susceptible de generarme un conflicto de interés, así como aquella relacionada con los intereses de mi cónyuge o compañero(a) permanente, parientes y socios de hecho o de derecho.

2.1. INFORMACIÓN DE CÓNYUGE O COMPAÑERO(A) PERMANENTE

Tengo cónyuge o compañero(a) permanente: Sí [X] No [ ]

Los intereses personales de mi cónyuge o compañero o compañera permanente son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

Primer nombre	Segundo nombre	Primer apellido	Segundo apellido
EDWIN		MUÑOZ	GONZÁLEZ

Tipo documento: CEDULA DE CIUDADANIA Número: 18515527

Descripción del potencial conflicto de interés con su cónyuge o compañero(a) permanente:

2.2. INFORMACIÓN DE PARIENTES POR CONSANGUINIDAD, AFINIDAD Y CIVIL

Tengo parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad o primero civil con Intereses personales que son susceptibles de generar una posible situación de conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño: Sí [ ] No [X]

A continuación presento la información de los parientes hasta el cuarto grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil que son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeño.

De acuerdo con la Ley 2003 de 2019, los congresistas deben registrar sus parientes hasta el segundo grado de consanguinidad, segundo de afinidad y primero civil si son susceptibles de generar conflicto de interés frente a la labor o actividad que desempeñan.

Parentesco	Pariente	Tipo de documento de identidad	Documento de identidad	Descripción del potencial conflicto de interés

2.3. INTERÉS DIRECTO O ACTUACIONES DENTRO DEL AÑO ANTERIOR

Tuve intereses directos o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro y esto puede influir en mis decisiones y acciones en el desempeño de mi cargo actual:

Sí [ ] No [X]

Dentro del año anterior tuve interés directo o actué como representante, asesor, presidente, gerente, director, miembro de junta directiva o socio de gremio, sindicato, sociedad, asociación, grupo social u organización con ánimo o sin ánimo de lucro (nacional o extranjera), y a continuación describo cómo puede influir en las decisiones y acciones de mi cargo actual:

2.4. OTRAS INVERSIONES

Tengo fideicomisos en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Los fideicomisos y encargos fiduciarios de los cuales soy constituyente o beneficiario en Colombia y en el exterior son:

Nombre del fideicomiso o encargo fiduciario	Calidad	Valor	País

Tengo inversiones en Colombia o en el exterior: Sí [ ] No [X]

Las inversiones en bonos, fondos de inversión, fondos de ahorro voluntario y otras que tengo en Colombia y en el exterior son:

Tipo de inversión	Valor	País

2.5. DONACIONES QUE REPRESENTARON REDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE RENTA

Realicé donaciones: Sí [ ] No [X]

Las donaciones que me representaron reducciones en la declaración de renta del último año gravable son:

Nombre entidad	Valor

2.6. POTENCIALES CONFLICTOS DE INTERÉS

Tengo potenciales conflictos personales de interés: Sí [ ] No [X]

Los conflictos de interés pueden generarse a partir de, por ejemplo:
> Actividades y negocios que realiza o tiene con socio o socios de hecho o de derecho.
> Establecimientos que posee.
> Litigio o controversia ante autoridades administrativas o jurisdiccionales.
> Haber hecho parte de listas de candidatos a cuerpos colegiados de elección popular.

Los potenciales conflictos personales de interés que tengo son:



REPUBLICA DE COLOMBIA
IDENTIFICACION PERSONAL
CEDULA DE CIUDADANIA

NUMERO 1.053.804.951

LOPEZ ISAZA
APELLIDOS

MARISOL
NOMBRES

Marisol López Isaza
FIRMA



INDICE DERECHO

FECHA DE NACIMIENTO 31-AGO-1990

MANIZALES
(CALDAS)
LUGAR DE NACIMIENTO

1.60 ESTATURA | AB+ G.S. RH | F SEXO

18-SEP-2008 MANIZALES
FECHA Y LUGAR DE EXPEDICION

REGISTRADOR NACIONAL
CARLOS ARIEL SÁNCHEZ TORRES

A-0900100-00368870-F-1053804951-20120404 0029583209A 1 37720853

POLICÍA NACIONAL
DE COLOMBIA

Consulta en línea de Antecedentes Penales y Requerimientos Judiciales

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 02:53:14 PM horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con:

Cédula de Ciudadanía Nº **1053804951**

Apellidos y Nombres: **LOPEZ ISAZA MARISOL**

NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES

de conformidad con lo establecido en el artículo 248 de la Constitución Política de Colombia.

En cumplimiento de la Sentencia SU-458 del 21 de junio de 2012, proferida por la Honorable Corte Constitucional, la leyenda "NO TIENE ASUNTOS PENDIENTES CON LAS AUTORIDADES JUDICIALES" aplica para todas aquellas personas que no registran antecedentes y para quienes la autoridad judicial competente haya decretado la extinción de la condena o la prescripción de la pena.

Esta consulta es válida siempre y cuando el número de identificación y nombres, correspondan con el documento de identidad registrado y solo aplica para el territorio colombiano de acuerdo a lo establecido en el ordenamiento constitucional.

Si tiene alguna duda con el resultado, consulte las **preguntas frecuentes** o acérquese a las instalaciones de la **Policía Nacional** más cercanas.

DIJIN

Dirección: Avenida El Dorado # 75 – 25 barrio Modelia, Bogotá D.C.
Atención administrativa: Lunes a Viernes 8:00 am a 12:00 pm y 2:00 pm a 5:00 pm
Línea de atención al ciudadano: 5159700 ext. 30552 (Bogotá)
Resto del país: 018000 910 112
E-mail: dijin.araic-atc@policia.gov.co

Presidencia de la República
Ministerio de Defensa Nacional
Portal Único de Contratación
GOV.CO
Todos los derechos reservados.

Policía Nacional de Colombia

(Default.aspx)

Portal de Servicios al Ciudadano PSC

Sistema Registro Nacional de Medidas Correctivas RNMC

Consulta Ciudadano

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que a la fecha, 03/11/2026 02:53:37 p. m. el ciudadano con Cédula de Ciudadanía Nº. **1053804951** y Nombre: **MARISOL LOPEZ ISAZA.**

NO TIENE MEDIDAS CORRECTIVAS PENDIENTES POR CUMPLIR.

De conformidad con la Ley 1801 de 2016 "Por la cual se expide el Código Nacional de Seguridad y Convivencia Ciudadana". Registro interno de validación No. **150824854** . La persona interesada podrá verificar la autenticidad del presente documento a través de la página web institucional digitando https://www.policia.gov.co, menú ciudadanos/ consulta medidas correctivas, con el documento de identidad y la fecha de expedición del mismo. Esta consulta es válida siempre y cuando el número de cédula corresponda con el documento de identidad suministrado.

Nueva Busqueda | Imprimir

CONSULTA EN LÍNEA DE INHABILIDADES DE QUIENES HAYAN SIDO CONDENADOS POR DELITOS SEXUALES COMETIDOS CONTRA MENORES DE 18 AÑOS

La Policía Nacional de Colombia informa:

Que siendo las 14:54:14 horas del 03/11/2026, el ciudadano identificado con cédula de ciudadanía No. **1053804951,** Apellidos y Nombres **LOPEZ ISAZA MARISOL**

NO REGISTRA INHABILIDAD

La presente consulta se tendrá en consideración por la entidad o empresa **ESE HOSPITAL SANTA MONICA**, con NIT **891411663-1** y su utilización es exclusivamente dentro del proceso de selección al cargo, oficio o profesión, en cumplimiento de la Ley 1918 del 12/07/2018 *"por medio de la cual se establece el régimen de inhabilidades a quienes hayan sido condenados por delitos sexuales cometidos contra menores, se crea el registro de inhabilidades y se dictan otras disposiciones"* y su Decreto Reglamentario 753 del 30/04/2019 *"por medio del cual se reglamenta la Ley 1918 de 2018"*, con observancia de las Leyes 1581 del 17/10/2012, 1712 del 06/03/2014 y demás normatividad rectora frente al tratamiento de datos.

https://inhabilidades.policia.gov.co:8080/consulta

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305796551

PIB
14:54:59
Hoja 1 de 01

Bogotá DC, 03 de noviembre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARISOL LOPEZ ISAZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1053804951:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

CONTRALORÍA
GENERAL DE LA REPÚBLICA

LA CONTRALORÍA DELEGADA PARA RESPONSABILIDAD FISCAL , INTERVENCIÓN JUDICIAL Y COBRO COACTIVO

CERTIFICA:

Que una vez consultado el Sistema de Información del Boletín de Responsables Fiscales 'SIBOR', hoy martes 03 de noviembre de 2026, a las 14:55:14, el número de identificación, relacionado a continuación, NO SE ENCUENTRA REPORTADO COMO RESPONSABLE FISCAL.

Tipo Documento	Cédula de Ciudadanía
No. Identificación	1053804951
Código de Verificación	1053804951261103145514

Esta Certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

De conformidad con el Decreto 2150 de 1995 y la Resolución 220 del 5 de octubre de 2004, la firma mecánica aquí plasmada tiene plena validez para todos los efectos legales.

LUIS MIGUEL MARTÍNEZ ROMERO

Contralor Delegado

Generó: WEB

PROCURADURÍA GENERAL DE LA NACIÓN
COLOMBIA

CERTIFICADO DE ANTECEDENTES

CERTIFICADO ORDINARIO
No. 305625678

PIB
16:06:50

Bogotá DC, 29 de octubre del 2026

La PROCURADURIA GENERAL DE LA NACIÓN certifica que una vez consultado el Sistema de Información de Registro de Sanciones e Inhabilidades (SIRI), el(la) señor(a) MARISOL LOPEZ ISAZA identificado(a) con Cédula de ciudadanía número 1053804951:

NO REGISTRA SANCIONES NI INHABILIDADES VIGENTES

ADVERTENCIA: La certificación de antecedentes contiene las anotaciones de las sanciones o inhabilidades que se encuentren vigentes. Cuando se trate de nombramiento o posesión en cargos que exijan para su desempeño ausencia de antecedentes, se certificarán todas las anotaciones que figuren en el registro. Anterior, de acuerdo a los incisos 3o. y 4o. del artículo 238 Ley 1952 de 2019.

NOTA: El certificado de antecedentes disciplinarios es un documento que contiene las anotaciones e inhabilidades generadas por sanciones penales, disciplinarias, inhabilidades que se deriven de las relaciones contractuales con el estado, de los fallos con responsabilidad fiscal, de las decisiones de pérdida de investidura y de las condenas proferidas contra servidores, ex servidores públicos y particulares que desempeñen funciones públicas en ejercicio de la acción de repetición o llamamiento en garantía. **Este documento tiene efectos para acceder al sector público, en los términos que establezca la Constitución Politica y la ley particular o demás disposiciones vigentes.** El Sistema SIRI reporta como antecedentes solamente las sanciones con debida ejecutoria recibidas de las autoridades nacionales colombianas. En caso de nombramiento o suscripción de contratos con el Estado, es responsabilidad de la Entidad, validar la información de antecedentes del aspirante en la página web: https://www.procuraduria.gov.co/Pages/certificado-antecedentes.aspx

Mario Enrique Castro González
Jefe División de Relacionamiento Con El Ciudadano (C)

ATENCIÓN :
ESTE CERTIFICADO CONSTA DE 01 HOJA(S), SOLO ES VALIDO EN SU TOTALIDAD. VERIFIQUE QUE EL NUMERO DEL CERTIFICADO SEA EL MISMO EN TODAS LAS HOJAS.

TIC

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC

CERTIFICA QUE

Una vez consultada la base de datos de deudores alimentarios morosos **REDAM**, el(la) ciudadano(a) con número de identificación CC 1053804951 **NO SE ENCUENTRA INSCRITO EN EL REGISTRO DE DEUDORES ALIMENTARIOS MOROSOS**

Esta certificación es válida en todo el Territorio Nacional, siempre y cuando el tipo y número consignados en el respectivo documento de identificación, coincidan con los aquí registrados.

Se expide en Bogotá el 29/10/2026 12:58 PM

Código Verificación: **X8MRHDFJTW**

Válida hasta: **29/01/2027**

Dirección de Gobierno Digital

MINISTERIO DE TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LAS COMUNICACIONES - MINTIC



DIAN

Formulario del Registro Único Tributario

001

2. Concepto 0 2 Actualización

4. Número de formulario 141232534701

(415)7707212489984(8020) 000014123253470 1

5. Número de Identificación Tributaria (NIT)	6. DV	12. Dirección seccional	14. Buzón electrónico
1 0 5 3 8 0 4 9 5 1	4	Impuestos y Aduanas de Manizales	1 0

IDENTIFICACIÓN

24. Tipo de contribuyente	25. Tipo de documento	26. Número de Identificación	
Persona natural o sucesión ilíquida 2	Cédula de Ciudadanía 1 3	1 0 5 3 8 0 4 9 5 1	

Lugar de expedición	28. País	29. Departamento	30. Ciudad/Municipio
COLOMBIA	1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

31. Primer apellido	32. Segundo apellido	33. Primer nombre	34. Otros nombres
LOPEZ	ISAZA	MARISOL	

35. Razón social

36. Nombre comercial	37. Sigla

UBICACIÓN

38. País	39. Departamento	40. Ciudad/Municipio
COLOMBIA 1 6 9	Caldas 1 7	Manizales 0 0 1

41. Dirección principal: CR 11 A 47 B 34 BRR ALTO CARIBE

42. Correo electrónico: marisollopezisaza@gmail.com

43. Código postal	44. Teléfono 1	45. Teléfono 2
	3 0 4 5 8 7 2 1 2 7	3 0 0 3 5 1 4 7 5 8

CLASIFICACIÓN

Actividad económica

Actividad principal		Actividad secundaria		Otras actividades		
46. Código	47. Fecha inicio actividad	48. Código	49. Fecha inicio actividad	50. Código	1	2
8 6 9 9	2 0 2 6 0 1 2 9					

Ocupación	
51. Código	52. Número establecimientos

Responsabilidades, Calidades y Atributos

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26
53. Código 2 0																									

20- Obtención NIT

Usuarios aduaneros

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
54. Código									

11	12	13	14	15	16	17	18	19	20

Exportadores

55. Forma	56. Tipo	Servicio	1	2	3
		57. Modo			
		58. CPC			

IMPORTANTE: Sin perjuicio de las actualizaciones a que haya lugar, la inscripción en el Registro Único Tributario -RUT-, tendrá vigencia indefinida y en consecuencia no se exigirá su renovación

Para uso exclusivo de la DIAN

59. Anexos SI [ ] NO [X] 60. No. de Folios: 0 61. Fecha 2026-02-05 / 09:33:52AM

La información suministrada a través del formulario oficial de inscripción, actualización, suspensión y cancelación del Registro Único Tributario (RUT), deberá ser exacta y veraz; en caso de constatar inexactitud en alguno de los datos suministrados se adelantarán los procedimientos administrativos sancionatorios o de suspensión, según el caso, Parágrafo del artículo 1.6.1.2.6 del Decreto 1625 del 2016. De igual manera al formalizar el trámite el usuario fue informado y acepta la política de tratamiento de datos ley 1581 de 2012.

Firma del solicitante:

Sin perjuicio de las verificaciones que la DIAN realice.

Firma autorizada:

984. Nombre LOPEZ ISAZA MARISOL

985. Cargo CONTRIBUYENTE

COPIA CERTIFICADO DOCUMENTO SIN COSTO

E.S.E. Hospital Santa Mónica

CÓDIGO CERTIFICADO: D99F5D992113A2A02F52B436B947846F
FECHA DESCARGA: 2026-10-30 15:04:35
USUARIO DESCARGA: USUARIO FORMULARIO EXTERNO
FECHA ACTUALIZACIÓN LAFT: 2026-10-30 15:01:54

CONSECUTIVO: 1290
LATITUD:4.8247781
LONGITUD: -75.679829OR
IP: 191.156.7.10

DISPOSITIVO: MOZILLA/5.0 (LINUX; ANDROID 10; K) APPLEWEBKIT/537.36 (KHTML, LIKE GECKO) CHROME/156.0.0.0 MOBILE SAFARI/537.36 VENDOR: GOOGLE INC.

FORMULARIO CONOCIMIENTO - SARLAFT/PADM Y SICOF - PERSONA NATURAL

LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA, COMO SUJETO RESPONSABLE DE CONTAR CON UN SISTEMA DE GESTIÓN DE RIESGOS DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO Y UN SUBSISTEMA DE ADMINISTRACIÓN DEL RIESGO DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE, HA DISPUESTO DEL PRESENTE FORMULARIO PARA LAS PERSONAS NATURALES, EN COHERENCIA CON LA NORMATIVIDAD Y EN CUMPLIMIENTO A LAS DISPOSICIONES CONTENIDAS EN LA CIRCULAR 09 DEL 21 DE ABRIL DE 2016 Y SUS MODIFICACIONES SEGÚN LO ESTABLECIDO EN LA CIRCULAR EXTERNA NO. 20211700000005-5 DE 2021 DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD. DISPOSICIONES LEGALES TENDIENTES A FORTALECER LOS MECANISMOS DEL SISTEMA SARLAFT/PADM Y DEL SUBSISTEMA SICOF. ESTA INFORMACIÓN ES CONFIDENCIAL Y SERÁ UTILIZADA PARA DAR CUMPLIMIENTO AL MANUAL SARLAFT SEGÚN ACUERDO NO. 09 DE 2022 Y MANUAL SICOF ACUERDO 23 DE 2024.

1. MÓDULO DE IDENTIFICACIÓN

* INGRESE EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN CORRESPONDE ESTE FORMATO DE CONOCIMIENTO, EXACTAMENTE COMO APARECE EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD	MARISOL LOPEZ ISAZA
* TIPO DE IDENTIFICACIÓN	CÉDULA DE CIUDADANÍA
* IDENTIFICACIÓN (INGRESE IDENTIFICACIÓN SIN PUNTOS Y SIN SEPARADORES)	1053804951
* NÚMERO DE CELULAR (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)	3045872127
* CORREO ELECTRÓNICO (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)	MARISOLLOPEZISAZA@GMAIL.COM

* FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO	2008-09-18

2. DATOS BASICOS

TIPO DE VINCULACION CON LA ESE:
CONTRATISTA

* DIRECCION	CRA22#151-17
* TELEFONO	3045872127
* PROFESION	AUXILIAR DE ENFERMERÍA

OBJETO CONTRACTUAL:
AUXILIAR DE ENFERMERIA

3. INFORMACION FINANCIERA

* INGRESOS	1 SALARIO MÍNIMO 0 MENOS
* EGRESOS	1 SALARIO MÍNIMO 0 MENOS
* OTROS INGRESOS	$0
* ORIGEN INGRESOS	NO APLICA
* ACTIVOS	ENTRE 1 A 10 MILLONES
* PASIVOS	$0
* PATRIMONIO	$0

REALIZA ALGUNA DE LAS SIGUIENTES OPERACIONES CON MONEDAS VIRTUALES?:
NINGUNA DE LAS ANTERIORES

4. CONDICION PEPS

Powered by CamScanner

PERSONAS PÚBLICAMENTE EXPUESTAS - PEPS: PERSONAS NACIONALES O EXTRANJERAS QUE POR RAZÓN DE SU CARGO MANEJAN O HAN MANEJADO RECURSOS PÚBLICOS, O TIENE PODER DE DISPOSICIÓN SOBRE ESTOS O GOZAN O GOZARON DE RECONOCIMIENTO PUBLICO. POR EJEMPLO: JEFES DE ESTADO O DE GOBIERNO, POLÍTICOS DE ALTO NIVEL, MIEMBROS DE ALTA GERENCIA COMO DIRECTORES O MIEMBROS DE JUNTA DIRECTIVA, ARTISTAS ALTAMENTE RECONOCIDOS, ENTRE OTROS.
PARA PERSONAS NATURALES Y PARA EL REPRESENTANTE LEGAL DE PERSONAS JURÍDICAS.*

* ¿POR SU CARGO MANEJA RECURSOS PÚBLICOS?	NO
* ¿POR SU CARGO O ACTIVIDAD EJERCE ALGÚN GRADO DE PODER PÚBLICO?	NO
* ¿POR SU ACTIVIDAD U OFICIO GOZA USTED DE RECONOCIMIENTO PÚBLICO GENERAL?	NO
* ¿EXISTE ALGÚN VINCULO ENTRE USTED Y UNA PERSONA CONSIDERADA PÚBLICAMENTE EXPUESTA?	NO

5. OPERACIONES INTERNACIONALES

* ¿REALIZA OPERACIONES EN MONEDA EXTRANJERA?	NO

INDIQUE SI REALIZA ESTE TIPO DE OPERACIONES:
NINGUNA DE LAS ANTERIORES

* ¿POSEE PRODUCTOS FINANCIEROS EN EL EXTERIOR?	NO
* ¿POSEE CUENTAS BANCARIAS EN MONEDA EXTRANJERA?	NO

* ¿ES USTED SUJETO DE OBLIGACIONES TRIBUTARIAS EN OTRO PAÍS O GRUPO DE PAÍSES?	NO

6. DECLARACIONES ESPECIALES

DECLARACIÓN ORIGEN DE LOS FONDOS

DECLARO EXPRESAMENTE QUE:
1- LA ACTIVIDAD, PROFESIÓN U OFICIO DE LA PERSONA NATURAL ES LÍCITA Y SE EJERCE DENTRO DEL MARCO LEGAL VIGENTE Y LOS RECURSOS DE LA MISMA NO PROVIENEN DE ACTIVIDADES ILÍCITAS DE LAS CONTEMPLADAS EN EL CÓDIGO PENAL COLOMBIANO.
2- LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA EN LA SOLICITUD Y ESTE DOCUMENTO ES VERAZ Y VERIFICABLE Y LA PERSONA NATURAL SE COMPROMETE A ACTUALIZARLA ANUALMENTE.
3- LOS RECURSOS QUE SE DERIVEN DEL DESARROLLO DE ESTE CONTRATO NO SE DESTINARAN A LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, GRUPOS TERRORISTAS O ACTIVIDADES TERRORISTAS. 4-QUE DE CONFORMIDAD CON LO DISPUESTO POR EL LITERAL B) DEL ART. 2 DE LA LEY 1581 DE 2012, LAS DISPOSICIONES QUE BUSCAN LA PROTECCIÓN DE DATOS NO SON APLICABLES A LA BASE DE DATOS Y ARCHIVOS QUE TENGAN POR FINALIDAD PREVENCIÓN , DETECCIÓN, MONITOREO Y CONTROL DE LAVADOS DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, POR LO QUE EN PRINCIPIO NO REQUERIRÁ DE UNA AUTORIZACIÓN DE SU TITULAR, LA CUAL PREVIENE DE LA LEY. 5. EN CONSECUENCIA DECLARO QUE MIS FONDOS LOS HE OBTENIDO DE MANERA LÍCITA LOS CUALES PROVIENE DE:

* DECLARO QUE EL ORIGEN DE MIS FONDOS PROVIENEN DE	TRABAJO

AUTORIZO QUE:
1. LOS DATOS PERSONALES SOLICITADOS EN EL PRESENTE FORMULARIO DE CONOCIMIENTO SON RECOPILADOS ATENDIENDO LAS DISPOSICIONES E INSTRUCCIONES DE LA SUPERINTENDENCIA NACIONAL DE SALUD Y LOS ESTÁNDARES INTERNACIONALES PARA PREVENIR Y CONTROLAR EL LAVADO DE ACTIVOS Y LA FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO. 2. CONFORME CON LO DISPUESTO POR EL LITERAL B) DEL ARTÍCULO 2 DE LA LEY 1581 DE 2012, ""EL RÉGIMEN DE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES QUE SE ESTABLECE EN LA PRESENTE LEY NO SERÁ DE APLICACIÓN: A LAS BASES DE DATOS Y ARCHIVOS QUE TENGAN POR FINALIDAD LA SEGURIDAD Y DEFENSA NACIONAL, ASÍ COMO LA PREVENCIÓN, DETECCIÓN, MONITOREO Y CONTROL, DEL LAVADO DE ACTIVOS Y EL FINANCIAMIENTO DEL TERRORISMO"" Y LA PROLIFERACIÓN DE ARMAS DE DESTRUCCIÓN MASIVA -SARLFAT/PADM" 3- AUTORIZO A LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA PARA QUE CON FINES ESTADÍSTICOS, COMERCIALES, FINANCIEROS, CONSULTE, TRANSFIERA, COMPARTA, SOLICITE, PROCESE, REPORTE Y DIVULGUE A LAS ENTIDADES AUTORIZADAS, LA INFORMACIÓN CONFIDENCIAL QUE RESULTE DE TODAS SUS OPERACIONES QUE DIRECTA O INDIRECTAMENTE SE HAYAN OTORGADO O SE OTORGUEN EN EL FUTURO EN VIRTUD DE SUS SERVICIOS DE ESTA RELACIÓN COMERCIAL O CONTRATO QUE DECLARO CONOCER Y ACEPTAR EN TODAS SUS PARTES. ADEMÁS ME COMPROMETO A ACTUALIZAR TODA MI INFORMACIÓN DE FORMA ANUAL. ESTA INFORMACIÓN SE REALIZA CONSIDERANDO LA CLARIDAD Y LOS TÉRMINOS PRECISOS DE ESTE FORMULARIO. 4-LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA. PODRÁ TERMINAR DE MANERA UNILATERAL E INMEDIATA EL CONTRATO SUSCRITO, CUANDO EL CLIENTE, SUS SOCIOS O SUS ACCIONES Y/O SUS ADMINISTRADORES LLEGAREN A SER: A -VINCULADOS POR PARTE DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES A CUALQUIER TIPO DE INVESTIGACIÓN POR DELITOS DE NARCOTRÁFICO, TERRORISMO Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, LAVADO DE ACTIVOS, TESTAFERRATO, TRÁFICO DE ESTUPEFACIENTES O DELITOS FUENTE CONTRA EL ORDEN CONSTITUCIONAL. B-SEA CONDENADO POR PARTE DE LAS AUTORIDADES COMPETENTES EN CUALQUIER TIPO DE PROCESO JURÍDICO RACIONADO CON LA COMISIÓN DE DELITOS DE IGUAL O SIMILAR NATURALEZA A LOS INDICADOS EN ESTA CLÁUSULA. C- SEA INCLUIDO EN LISTAS PARA EL CONTROL DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO ADMINISTRADAS POR CUALQUIER AUTORIDAD NACIONAL O EXTRANJERA. D- EL SUSCRIPTOR DE ESTE DOCUMENTO, INDEMNIZARÁ Y MANTENDRÁ LIBRE DE CUALQUIER DAÑO A LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA POR CUALQUIER MULTA O PERJUICIO QUE FUERAN PROBADOS Y QUE SUFRA LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA POR PARTE DEL SUSCRITO DE LAS OBLIGACIONES QUE LE APLIQUEN EN MATERIA DE PREVENCIÓN DE RIESGO DE LAVADO DE ACTIVOS Y FINANCIACIÓN DEL TERRORISMO, ASÍ COMO CUALQUIER RECLAMO JUDICIAL, EXTRA JURISDICCIONAL Y/O ADMINISTRATIVO QUE AUTORIDADES COMPETENTES INICIEN EN CONTRA DE LA ESE

Powered by CamScanner

HOSPITAL SANTA MONICA POR O CON OCASIÓN DE DICHO INCUMPLIMIENTO. DE IGUAL MANERA EL CLIENTE SE COMPROMETE A SUMINISTRAR LA INFORMACIÓN Y/O A DAR LAS EXPLICACIONES A QUE HUBIERE LUGAR ORIGINADAS POR EL MENCIONADO INCUMPLIMIENTO A LA ESE HOSPITAL SANTA MONICA Y A LOS TERCEROS QUE ESTE LE INDIQUE.

RESPONSABILIDAD Y COMPROMISO ANTICORRUPCION, OPACIDAD, FRAUDE Y SOBORNO:

ACEPTO LA OBLIGACIÓN Y LA RESPONSABILIDAD DE EVITAR ACEPTAR O PROMOVER CUALQUIER TIPO DE INCENTIVO O BENEFICIO QUE PUEDA COMPROMETER MI CONDUCTA O LA DEL CONTRATO, Y ME COMPROMETO A SEGUIR LAS POLÍTICAS DE LA ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA EN TEMAS DE CORRUPCIÓN, OPACIDAD Y FRAUDE. ADEMÁS, ME COMPROMETO AYUDAR A PREVENIR QUE OTROS CONTRATISTAS, AGENTES O TERCEROS HAGAN LO MISMO, Y A REPORTAR CUALQUIER SITUACIÓN SOSPECHOSA A TRAVÉS DEL ENLACE EN LA PÁGINA WEB [WWW.HOSPITALSANTAMONICA.GOV.CO] O AL CORREO OFICIALDECUMPLIMIENTO@HOSPITALSANTAMONICA.GOV.CO.

VINCULACIÓN

Powered by CamScanner

CONSTANCIA DE ACEPTACIÓN Y FIRMA

EL SUSCRITO DECLARA QUE HA LEÍDO, COMPRENDIDO Y ACEPTADO EN SU TOTALIDAD LA INFORMACIÓN SUMINISTRADA DENTRO DEL PRESENTE FORMATO, ASÍ COMO LAS DECLARACIONES, AUTORIZACIONES, CERTIFICACIONES, MANIFESTACIONES Y DEMÁS CONDICIONES CONTENIDAS EN EL MISMO.

MEDIANTE LA PRESENTE FIRMA, CERTIFICA QUE LA INFORMACIÓN REGISTRADA CORRESPONDE A DATOS VERACES, COMPLETOS Y ACTUALIZADOS, SUMINISTRADOS DE MANERA LIBRE, VOLUNTARIA Y BAJO SU RESPONSABILIDAD. ASIMISMO, MANIFIESTA QUE CUENTA CON LAS FACULTADES Y AUTORIZACIONES NECESARIAS PARA PROPORCIONAR DICHA INFORMACIÓN CUANDO ACTÚE EN REPRESENTACIÓN DE UNA PERSONA JURÍDICA O DE TERCEROS.

LA PRESENTE FIRMA SE ENCUENTRA ASOCIADA DE MANERA ÚNICA E INEQUÍVOCA AL SIGUIENTE REGISTRO:

NOMBRE DEL FORMATO: FORMULARIO CONOCIMIENTO - SARLAFT/PADM Y SICOF - PERSONA NATURAL
IDENTIFICADOR DEL REGISTRO: 1290

* **INGRESE EL NOMBRE COMPLETO DE LA PERSONA A QUIEN CORRESPONDE ESTE FORMATO DE CONOCIMIENTO, EXACTAMENTE COMO APARECE EN SU DOCUMENTO DE IDENTIDAD**	MARISOL LOPEZ ISAZA
* **TIPO DE IDENTIFICACIÓN**	CÉDULA DE CIUDADANÍA
* **IDENTIFICACIÓN (INGRESE IDENTIFICACIÓN SIN PUNTOS Y SIN SEPARADORES)**	1053804951
* **NÚMERO DE CELULAR (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)**	3045872127
* **CORREO ELECTRÓNICO (SE UTILIZARÁ PARA ENVÍO DE MENSAJES Y CÓDIGO DE VERIFICACIÓN DE IDENTIDAD)**	MARISOLLOPEZISAZA@GMAIL.COM
* **FECHA DE EXPEDICIÓN DEL DOCUMENTO**	2008-09-18

LA ACEPTACIÓN Y FIRMA DEL PRESENTE DOCUMENTO CONSTITUYEN EVIDENCIA DE LA VOLUNTAD EXPRESA DEL FIRMANTE RESPECTO DEL CONTENIDO DILIGENCIADO Y DE LAS DECLARACIONES REALIZADAS EN EL FORMATO IDENTIFICADO ANTERIORMENTE. ESTA EVIDENCIA PODRÁ SER CONSERVADA, CONSULTADA Y UTILIZADA POR LA ORGANIZACIÓN PARA FINES DE AUDITORÍA, TRAZABILIDAD, CUMPLIMIENTO NORMATIVO, GESTIÓN DOCUMENTAL Y SOPORTE PROBATORIO DE LOS PROCESOS ASOCIADOS.

LA FIRMA AQUÍ REGISTRADA SE CONSIDERA VINCULADA AL CONTENIDO COMPLETO DEL FORMATO IDENTIFICADO MEDIANTE EL NÚMERO DE REGISTRO SEÑALADO ANTERIORMENTE, INCLUYENDO TODOS LOS CAMPOS DILIGENCIADOS, ANEXOS APORTADOS Y ACTUALIZACIONES EFECTUADAS DURANTE EL PROCESO DE REGISTRO.

EN CONSTANCIA DE LO ANTERIOR, Y HABIENDO LEÍDO, ENTENDIDO Y ACEPTADO ÍNTEGRAMENTE EL CONTENIDO DEL FORMATO, SE REGISTRA LA PRESENTE FIRMA EN LA FECHA Y HORA INDICADAS 2026-10-30 15:00:34.

ESTA FIRMA FUE CAPTURADA POR PANTALLA.



FIRMA: _____

NOMBRE COMPLETO: MARISOL LOPEZ ISAZA
IDENTIFICACIÓN: 1053804951
FECHA Y HORA DE FIRMA: 2026-10-30 15:00:34

VINCULACIÓN

Powered by CamScanner

E.S.E. Hospital Santa Mónica	NOMBRE **CONTRATOS CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO – CONTRATISTAS**		CÓDIGO **26L925 - F09**
	TIPO DOCUMENTO **FORMATO**	ÁREA RESPONSABLE **25. PERSONAL**	VERSIÓN **1.0**
			FECHA DE VIGENCIA **24/01/2020**

Entre los suscritos, JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ, identificada con cédula de ciudadanía No. 10129201, actuando en calidad de Gerente de la ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, nombrado por Decreto No. 0437 del 22 de marzo de 2024 y Acta de Posesión No. 109 del 01 de abril de 2024, emanados del Gobernador del Departamento de Risaralda, autorizado para contratar por El Acuerdo No 05 de 2014 expedido por la Junta Directiva de la Entidad, quien para efectos del presente contrato se denominará **EL CONTRATANTE**, y el (la) señor (a) Manuel Lopez Isaza., mayor de edad, identificado (a) con la cédula de ciudadanía No. 1053804951, y quien para los efectos del presente documento se denominará **EL CONTRATISTA**, hemos convenido celebrar el presente CONTRATO DE CONFIDENCIALIDAD Y DEBER DE SECRETO, previa las siguientes consideraciones:

1. Que en virtud de la prestación de servicios profesionales que el CONTRATISTA realiza o realizará a favor del CONTRATANTE, este tiene o podrá tener acceso a los recursos que tratan datos de carácter personal, y a información o documentación confidencial, marcada o no como tal.
2. Que de conformidad con lo dispuesto en el artículo 4 literal h) de la Ley Estatutaria 1581 de 2012, de Protección de Datos Personales (en adelante, LEPD), todas las personas que intervengan en el tratamiento de datos personales que no tengan naturaleza de públicos están obligadas a garantizar la reserva de la información, inclusive después de finalizada su relación con alguna de las labores que comprende el tratamiento, pudiendo solo realizar suministro o comunicación de datos personales cuando ello corresponda al desarrollo de las actividades autorizadas en la referida ley y en los términos que la misma disponga.

Por lo antes expuesto, ambas partes convienen en suscribir el presente contrato, que se rige por las siguientes cláusulas:

PRIMERA. OBJETO. - El CONTRATISTA se compromete a cumplir con las normas y políticas determinadas por el CONTRATANTE que afectan al desarrollo de sus funciones, así como todas aquellas medidas de seguridad, técnicas u organizativas que el CONTRATANTE establezca para garantizar la confidencialidad y el deber de secreto de toda la información que tenga la consideración de información confidencial. A estos efectos, se entenderá por información confidencial, toda información numérica, alfabética, gráfica, fotográfica, acústica o de cualquier otro tipo, susceptible de recogida, registro, tratamiento o transmisión concerniente a una persona natural identificada e identificable que permita determinar directa o indirectamente la identidad física, psíquica, económica, cultural o social de la persona natural titular, con independencia del soporte en el que esta se recoja o trate.

SEGUNDA. OBLIGACIONES. - El CONTRATISTA se obliga a acceder a la información del CONTRATANTE, contenida tanto en los sistemas informáticos como en cualquier otro soporte o documento físico, electrónico o telemático, solo si tal acceso fuera necesario para la prestación de los servicios profesionales para lo que ha sido contratado, o si media autorización expresa específica para acceder a los datos que no sean propios de su función profesional. Los datos serán utilizados exclusivamente para los fines y funciones para los que fueron recabados.

TERCERA. CONFIDENCIALIDAD. - El CONTRATISTA se compromete a mantener en el más estricto secreto profesional toda la información confidencial que pueda llegar a su conocimiento como consecuencia del

desempeño de sus funciones dentro del CONTRATANTE, comprometiéndose el CONTRATISTA a no divulgarla, publicarla, cederla, venderla, ni de otra forma, directa o indirecta, ponerla a disposición de terceros, ni total ni parcialmente, y a cumplir esta obligación incluso con sus propios familiares u otros miembros del CONTRATANTE que no estén autorizados a acceder a dicha información, cualquiera que sea el soporte en el que se encuentre la información.

PARÁGRAFO. Se entiende que la cuenta de correo electrónico asignada a EL CONTRATISTA es una herramienta de trabajo que debe usarse, exclusivamente para propósitos laborales y, por lo tanto, la información que circule por ese medio será material clasificado de propiedad de EL CONTRATANTE. EL CONTRATISTA acepta de manera expresa que EL CONTRATANTE audite su cuenta de correo electrónico de manera periódica. Cualquier violación a estas obligaciones, aún por primera vez, constituirá falta grave para todos los efectos legales.

CUARTA. DERECHOS DE AUTOR. - El CONTRATISTA reconoce la titularidad del CONTRATANTE respecto de todos los datos, conocimientos de cualquier clase puestos a su disposición, materiales de referencia, anotaciones, esquemas, dibujos, memorándums, documentación o grabaciones en cualquier forma y soporte, que incorporen o reflejen cualquier información confidencial. El CONTRATISTA acuerda devolver todas las copias de dichos materiales y cualquier soporte físico que estén bajo su control al CONTRATANTE si éste lo solicita.

QUINTA. DEBER DE COMUNICACIÓN. - El CONTRATISTA se compromete a comunicar al responsable de seguridad designado por el CONTRATANTE, todas aquellas incidencias que se produzcan en la organización, entendidas éstas como cualquier anomalía que afecte o pudiera afectar a la seguridad de los datos personales objeto de tratamiento. Dicha comunicación deberá contener la identificación clara de la incidencia y una descripción detallada de la misma que contendrá como mínimo: la fecha y hora de su producción, la persona que notifica y la persona a la que se comunica la incidencia, los efectos derivados de su producción y las medidas correctoras adoptadas.

SEXTA. VIGENCIA. - El cumplimiento de las obligaciones contenidas en este CONTRATO es de carácter indefinido y se mantendrá en vigor con posterioridad a la finalización por cualquier causa de la relación entre el CONTRATISTA y el CONTRATANTE. Por ello, el CONTRATISTA garantiza que, tras terminar la relación, guardará el mismo secreto profesional respecto a la información confidencial y a los datos de carácter personal a los que haya tenido acceso durante el desempeño de sus funciones.

SÉPTIMA. RESPONSABILIDAD. - El CONTRATISTA será responsable frente al CONTRATANTE y terceros de cualquier daño que pudiera derivarse para unos y otros del incumplimiento de los compromisos anteriores, pudiendo suponer el inicio de acciones legales, así como la reclamación de las indemnizaciones, sanciones y daños o perjuicios que el CONTRATANTE se vea obligado a atender como consecuencia de dicho incumplimiento.

PARÁGRAFO. - El CONTRATISTA se obliga a aplicar en el desarrollo de sus funciones las políticas del tratamiento de los datos establecidas por el CONTRATANTE. En todo caso, adoptará las directrices señaladas en el manual del usuario suministrado por el CONTRATANTE.

OCTAVA. FINALIDAD DE LOS DATOS- El CONTRATANTE comunica al CONTRATISTA que sus datos personales recogidos en el momento de la contratación, los comunicados a lo largo de la duración del contrato y aquellos que comunique en el futuro al CONTRATANTE para el cumplimiento de sus obligaciones legales, formarán parte de una base de datos de la que es titular ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, con la finalidad de gestionar la relación laboral o profesional que les une. El CONTRATISTA declara estar informado de los derechos de consulta y reclamos que podrá consultar dirigiéndose al CONTRATANTE, bien por correo electrónico a protecciondedatos@hospitalsantamonica.gov.co, indicando en el asunto el derecho que se desea ejercitar, o bien por correo ordinario a AV. STA. MÓNICA # 19A - 18, DOSQUEBRADAS, RISARALDA.

NOVENA. CUMPLIMIENTO DE POLITICAS Y PROCEDIMIENTOS. - El CONTRATISTA se compromete al cumplimiento de las funciones y obligaciones específicas recogidas en el Manual de Políticas y Procedimientos y en el Manual Interno de Seguridad, que se encuentra a disposición de los contratistas.

Se firma en la ciudad de DOSQUEBRADAS, RISARALDA, a los _____ ( ) días del mes de _____del año 20__.

CONTRATANTE,

JUAN CARLOS MARÍN GÓMEZ
Gerente

CONTRATISTA,

MARISOL LOPEZ ISAZA.
C.C. No. 1053809951

E.S.E. Hospital Santa Mónica	NOMBRE CONSENTIMIENTO EXPRESO CON TRANSMISIÓN Y/O TRANSFERENCIA DE DATOS		CÓDIGO 26L925 – F17
	TIPO DOCUMENTO **FORMATO**	ÁREA RESPONSABLE **25. PERSONAL**	VERSIÓN **1.0**
			FECHA DE VIGENCIA **24/01/2020**

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo, como Titular de los datos, que éstos sean incorporados en una base de datos responsabilidad de ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, siendo tratados con la finalidad de:

Empleado, gestión de estadísticas internas, procedimientos administrativos, gestión de cobros y pagos, requerimiento de organismo de control datos no sensibles, privados y sensibles, envío de comunicaciones, prestación social, procedimientos judiciales, formación de personal, gestión de nómina, gestión de personal, gestión de trabajo temporal, promoción y gestión de empleo, promoción y selección de personal, investigación de epidemiologías y actividades análogas, inspección y control de seguridad y protección social, pensiones, subsidios y otras prestaciones económicas, prestaciones de garantía salarial, relaciones laborales y condiciones de trabajo.

De igual modo, autorizo la transferencia y transferencia de mis datos a terceras entidades, cuyo objeto social sea:
(OBJETO SOCIAL CON QUIENES COMPARTEN DATOS) con la finalidad específica de:

- Gestión de personal.

Asimismo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar los derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@hospitalsantamonica.gov.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a AV. STA. MÓNICA # 19A - 18, DOSQUEBRADAS, RISARALDA.

Es de carácter facultativo suministrar información que verse sobre Datos Sensibles, entendidos como aquellos que afectan la intimidad o generan algún tipo de discriminación, o sobre menores de edad.

TITULAR DE LOS DATOS

MARIOL LOPEZ ISAZA.
C.C. No. 1053804951 de MANIZALES

	NOMBRE CONSENTIMIENTO PARA LA UTILIZACIÓN DE IMÁGENES PERSONALES		CÓDIGO 26L925 – F24
E.S.E. Hospital Santa Mónica	TIPO DOCUMENTO **FORMATO**	ÁREA RESPONSABLE **25. PERSONAL**	**VERSIÓN** **1.0**
			FECHA DE VIGENCIA **24/01/2020**

De acuerdo con la Ley Estatutaria 1581 de 2012 de Protección de Datos y normas concordantes, autorizo como titular de mis datos biométricos, para que las imágenes, videos u otro registro de reconocimiento facial registradas sean incorporadas en una base de datos responsabilidad de ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS con la finalidad de:

- Gestión de personal, gestión de trabajo temporal, marketing, publicidad propia.

De igual modo, declaro haber sido informado de que puedo ejercitar mis derechos de acceso, corrección, supresión, revocación o reclamo por infracción sobre mis datos, mediante escrito dirigido a ESE HOSPITAL SANTA MÓNICA DE DOSQUEBRADAS, a la dirección de correo electrónico protecciondedatos@hospitalsantamonica.gov.co, indicando en el asunto el derecho que desea ejercitar, o mediante correo ordinario remitido a AV. STA. MÓNICA # 19A - 18, DOSQUEBRADAS, RISARALDA.

TITULAR DE LOS DATOS

MARISOL LOPEZ ISAZA.

C.C. No. 1053804951 de MANIZALES

La República de Colombia y en su nombre

La Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobado por el Ministerio de la Protección Social según Acuerdos No. 056 de Diciembre 17 de 2003, y No. 019 de Febrero 23 de 2009 y las Resoluciones No. 289 de Abril 14 de 2004 y No. 2000 de Diciembre 22 de 2009. de la Secretaría de Educación de Manizales

Teniendo en cuenta que:

Marisol López Isaza

Identificada(o) con C.C. 1.053.804.951 de Manizales

Ha terminado satisfactoriamente los estudios y cumplió con las exigencias legales del programa

Técnico Laboral por Competencias en:

Auxiliar en Enfermería

Le confiere el presente certificado con Aptitud Ocupacional

Director

Secretaria

Dado en Manizales a los 08 dias del mes de Julio de 2011

Anotado al libro de Registro No. 02 Folio 31

Escuela de Salud
"San Pedro Claver"

Educación para el Trabajo y el Desarrollo Humano

Aprobada por el Ministerio de la Protección Social y el Ministerio de Educación Nacional según Acuerdos No. 056 de Diciembre 17 de 2003, No. 019 de febrero 23 de 2009, y Resolución No. 289 de Abril 14 de 2004 de la Secretaría de Educación de Manizales

ACTA INDIVIDUAL DE CERTIFICACION

En la ciudad de Manizales a los ocho (08) días del mes de Julio de 2011 se reunieron con el fin de formalizar la terminación de estudios de los alumnos Auxililares en Enfermería, los suscritos Director y secretaría de la ESCUELA DE SALUD "SAN PEDRO CLAVER", Institución aprobada por el Ministerio de la Protección Social según Acuerdo Ejecutivo No. 056 de diciembre 17 de 2003, acuerdo 019 de febrero 23 de 2009 y la Secretaría de Educación de Manizales, según Resolución No. 289 de abril 14 de 2004 y Resolución 2060 de diciembre 22 de 2009 y autorizada para entregar certificado de aptitud ocupacional en la modalidad de **Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería.**

Comprobada la situación legal y académica de cada uno de los estudiantes que cursaron y aprobaron los estudios correspondientes a la modalidad de Técnico Laboral por Competencias en Auxiliar en Enfermería, se procedió a otorgar el Certificado de Aptitud Ocupacional a los graduandos cuyos nombres, apellidos y documento de identificación se relacionan a continuación:

MARISOL LOPEZ ISAZA

C.C. Nº 1.053.804.951 de Manizales

Es fiel copia tomada del acta original N° 15 de fecha Ocho (08) de Julio del año 2011 que comienza con el nombre YURY PAOLA ALZATE OCAMPO y se cierra con el nombre ESTEFANIA YEPES LOPEZ, firmado y sellado por JAIRO HERNAN FRANCO ROA (Director) y por MARIA PATRICIA LOPEZ ROBAYO (Secretaria).

Dada en Manizales, a los ocho (08) días del mes de Julio de 2011.-

ESCUELA DE SALUD
SAN PEDRO CLAVER

JAIRO HERNAN FRANCO ROA
C.C. 6'775.783 de Tunja.-
Director.-

ESCUELA DE SALUD
" SAN PEDRO CLAVER "

MARIA PATRICIA LÓPEZ ROBAYO
C.C. 40'367.583 de Villavicencio.-
Secretaria.-

Registrado en el Libro N° 02 anotado al Folio N° 71

E.S.E Salud Pereira ¡Comprometidos con la vida!	**CERTIFICACIÓN**	CÓDIGO: ABS-FR-019-ADMON VERSIÓN: 03 FECHA: 03-03-2020
		ADQUISICIÓN DE BIENES Y SERVICIOS

LA OFICINA JURÍDICA DE LA ESE SALUD PEREIRA

CERTIFICA QUE:

La Empresa Social del Estado Salud Pereira celebró contrato de prestación de servicios con **MARISOL LOPEZ ISAZA** identificada con la cédula de ciudadanía No. 1053804951, cuyo último objeto contractual fue: **"PRESTACIÓN DE SERVICIOS COMO AUXILIAR DE ENFERMERÍA, PARA LA ESTRATEGIA DE ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD EN LA EMPRESA SOCIAL DEL ESTADO SALUD PEREIRA, DANDO CUMPLIMIENTO A LA RESOLUCIÓN 1682 DEL 19 DE AGOSTO DE 2025 ATENCIÓN PRIMARIA EN SALUD DEL MINISTERIO DE SALUD Y PROTECCIÓN SOCIAL"**, según la siguiente relación:

No. CONTRATO	***VALOR***	***VIGENCIA***
CPS 1005-25 Adición No.1	$ 7.800.000 VALOR TOTAL DEL CONTRATO $ 3.900.000 VALOR ADICIÓN	DESDE EL 06/06/2025 HASTA EL 20/10/2025
CPS 1693-25	$ 2.600.000 VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DESDE EL 22/10/2025 HASTA EL 22/11/2025
CPS 1900-25	$ 3.000.000 VALOR TOTAL DEL CONTRATO	DESDE EL 01/12/2025 HASTA EL 31/12/2025

Esta información se expide conforme a los archivos que reporta el sistema integrado de información administrativa, financiera y asistencial de E.S.E Salud Pereira.

La presente se expide a solicitud del peticionario a los 05 días del mes de Octubre de 2025.

JORGE HERNANDO BARRETO HERNANDEZ
Asesor Jurídico

P/E: Cristian Romero Pulgarin / Abogado Externo

idime

INSTITUTO DE DIAGNOSTICO MEDICO
IDIME S.A.

CERTIFICA QUE:

El (a) señor (a) **Lopez Isasa Marisol,** identificado (a) con cédula de ciudadanía número **1053804951**, laboró con nosotros desde el **18 de junio de 2019** hasta el **01 de abril de 2022**, con un contrato a término **Indefinido**, desempeñando el cargo de **Auxiliar** apoyando el área de **Laboratorio** con un tiempo laborado de **120 horas** mensuales y su última asignación salarial fue **SETECIENTOS OCHENTA Y UN MIL PESOS M/CTE. ($781000.oo)**.

Se expide esta Certificación a Solicitud del Interesado (a) el día 12 de abril de 2022, en la Ciudad de Caldas.

Cordialmente,

LIZBETH JOHANA CARDOZO RODRIGUEZ
Directora Gestión de Talento Humano
Instituto de Diagnostico Medico S.A
Nit. 800.065.396-2

Laboratorio Clinico
Silvio Alfonso Marín Uribe

EL LABORATORIO CLINICO SILVIO ALFONSO MARIN URIBE S.A.S

CERTIFICA QUE

La Señora MARISOL LOPEZ ISAZA, con Cedula No. 1.053.804.951, laboro en nuestra empresa, desde el mes de agosto del 2017 hasta junio 15 del 2019, desempeñándose como Auxiliar de Laboratorio, devengando el minino, con las siguientes funciones:

1. Toma de muestras - Atención a pacientes en la toma de la muestra
2. Atención al Usuario - Ingreso del paciente al sistema
3. Procesamiento - Distribución de las muestras según los exámenes
4. Ingreso al sistema - Entidades.

Para constancia se firma a los veinte y siete días (27) días del mes de diciembre del (2019) dos mil diez y nueve.

Cordialmente,

LABORATORIO CLINICO
SILVIO ALFONSO MARIN URIBE S.A.S.
NIT. 900.597.473-7
MANIZALES

SILVIO ALFONSO MARIN URIBE
Gerente

Cra 23 No. 25 - 61 Ed. Don Pedro Local 5 Tels 8829194 - 8804020
FAX 8849569 Manizales

Assistirte SAS
Asistencia Integral en Casa

A QUIEN INTERESE

Asunto: Certificación

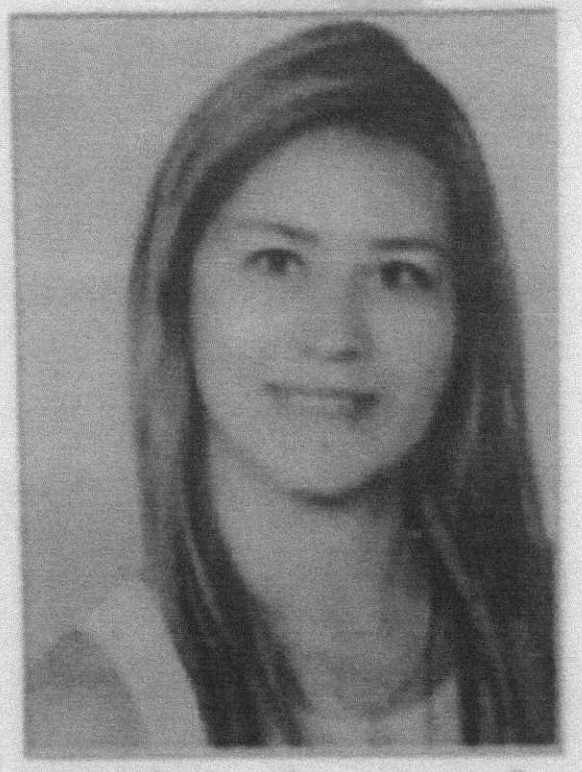
ASISTENCIA INTEGRAL EN CASA "ASSISTIRTE SAS", informa que la señora **Marisol López Isaza** identificada con cedula de ciudadanía No.1.053.804.951, presto sus servicios para nuestra IPS con contrato de prestación de servicios, desempeñándose como Auxiliar de Enfermería en el programa de atención domiciliaria, desde junio 23 de 2016 hasta julio 31 de 2017.

Este certificado se expide a solicitud del mismo, en enero 03 de 2019.

Atentamente,

Assistirte S.A.S
Asistencial Integral en Casa
NIT. 900.536.491-8

Mario Hernán González M
Coordinador Administrativo
Asistencial integral en Casa "ASSISTIRTE S.A.S"



Marisol López Isaza

C.C. 1.053.804.951

TÉCNICO LABORAL EN
AUXILIAR EN ENFERMERÍA

Registro Nacional N° 049.-0621
Expedido:26\04\2016

DIRECCION TERRITORIAL
Salud de
Caldas

CALIDAD COMPROMISO DE TODOS

Autorización para ejercer como profesional de la salud en el Territorio Nacional



Subdirector prestación de servicios
Dirección Territorial de Salud de Caldas

Este carné es personal e intransferible
En caso de perdida , por favor envielo a la Calle 49 25-45 de Manizales

HISTORIA CLINICA OCUPACIONAL DE PREINGRESO No. 1053804951

Fecha: 2025-05-19 Hora: 11:26

COPIA DE USO EXCLUSIVO DEL TITULAR DE LA HISTORIA:

Este documento es propiedad exclusiva del titular de la historia clínica que en él figura en virtud de lo consignado en la resolución 1995 de 1999 que establece las normas para el manejo de historias clínicas generales y las resoluciones 2346 de 2007 y 1918 de 2009 para historias clínicas relacionadas con procesos de salud ocupacional. Para la protección y confidencialidad de la historia clínica del paciente este documento sólo podrá ser entregado a terceras personas o empresas con la autorización previa y escrita del titular de la historia.

1. INFORMACIÓN GENERAL

Empresa Usuaria:	INDEPENDIENTE	Actividad económica:	Servicios
Nombre:	MARISOL LOPEZ ISAZA	Documento:	CC 1053804951
Fecha de nacimiento:	1990-08-31	Lugar de nacimiento:	MANIZALES (CALDAS)
Edad:	34 años	Identidad de Género:	Femenino Sexo al nacer: Femenino
Estado civil:	Union_libre	No. hijos vivos:	1
Dirección actual:	CRA 22 N 151 17	Municipio:	PEREIRA
Teléfono:	3045872127	Escolaridad:	Tecnico_completo
Ocupación:	AUXILIAR DE ENFERMERIA	EPS:	Sura
AFP:	Colpensiones	ARL:	NO SABE
Responsable**:	EDWIN MUÑOZ (ESPOSO)	Teléfono:	3003514758
Acompañante:	El trabajador asiste a la evaluación sin acompañante.		



** La información de responsable se encuentra actualizada de acuerdo a la última suministrada por el paciente en la historia para efectos de un contacto oportuno ante cualquier eventualidad

2. ANTECEDENTES PATOLOGICOS PERSONALES - FAMILIARES (P=Positivo, N=Negativo)

	Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.		Per.	Fam.
1. Congénitos	N	N	6. Respiratorios	N	N	11. Dermatológicos	N	N	16. Vascular periférico	N	N
2. Quirurgicos	P	N	7. Asma	N	N	12. Reumatológicos	N	N	17. Cáncer	N	N
3. Traumáticos	P	N	8. Rinitis	N	N	13. Metabólicos	N	N	18. Mentales	N	N
4. Osteomusculares	N	N	9. Auditivos	N	N	14. Cardiovasculares	N	N	19. Epilepsia	N	N
5. Tóxicos o alergicos	N	N	10. Tuberculosis	N	N	15. Hipertensión	N	P	20. Otros	N	N

Observaciones: 2. Quirurgicos (per) y 3. Traumáticos (per): Septoplastia en el 2024, sin secuelas.
Cirugía fetal durante gestación para corrección de meningocele en diciembre 2021, sin secuelas.
Cesárea #1 en febrero 2022 por cirugía fetal, sin secuelas.
Pomeroy en el 2023, sin secuelas.

Refiere claustrofobia.

Niega otros.
Usuaria con historia en la ips.
15. HTA (fam): madre.

Tratamiento actual: No refiere tratamiento actual para ninguna patología.

ANTECEDENTES GINECO-OBSTETRICOS

Menarquia: 16 Años
Ciclo menstrual: Regular
Patología mamaria: No Refiere
G:1 P:1 A:0 Mortinatos:0
Dismenorrea: No
Planificación familiar: Véase observación
Última menstruación: 2025-04-19

Observaciones: 1 Cesárea, Tubectomía.

3. ANTECEDENTES OCUPACIONALES

Empresa(Emp)-Actividad Económica(AE)-Oficio(Of)-Tiempo exposición(TE)-Factores Riesgo(FR)-Elementos Protección Personal(EPP)

1. Emp:varias empresas - AE:Sector Salud Of:Auxiliar de enfermería- TE:180 Meses - FR:Ergonómicos, - EPP: Dotación básica.

4. ANTECEDENTES PATOLÓGICOS OCUPACIONALES

Area afectada (AA) - Tipo de lesión (TL) - Tiempo de ocurrencia (TO) - Secuelas (Sec)

No refiere ningún antecedente patológico ocupacional.

5. HÁBITOS Y ESTILOS DE VIDA (Saludables y de riesgo para la salud)

HABITO	TIPO	FRECUENCIA
Deportes	Ninguno	
Tabaquismo:		No Fuma
Licor:	Ninguno	

6. INMUNIZACIONES Relación de biológicos aplicados:

1. Vacuna:Covid-19 - Sinovac Dosis 1 - Ultima dosis: 2021/07/28
2. Vacuna:Covid-19 - Sinovac Dosis 2 - Ultima dosis: 2021/09/01
3. Vacuna:Covid-19 - Pfizer Dosis 3 - Ultima dosis: 2022/01/17

7. REVISION POR SISTEMAS Y ENFERMEDAD ACTUAL

No refiere ninguna sintomatología de enfermedad actualmente.
Usuario niega presencia de síntomas respiratorios , niega síntomas como fiebre, tos seca, disnea, fatiga, mialgias, anorexia, astenia, adinamia, expectoración, diarrea, náuseas, vómito , niega perdida del olfato, niega perdida del gusto, niega dolor abdominal.

8. EXAMEN FISICO - ORGANOS DE LOS SENTIDOS (N=Normal, A=Anormal)

OJOS		OIDOS		NARIZ		ORO FARINGE	
1. Párpados-Conjuntiva	N	5. Pabellón	N	9. Huesos Nasales	N	13. Labios-Lengua	N
2. Cornea-Pupilas	N	6. Conductos	N	10. Vestíbulo	N	14. Amígdalas-Faringe	N
3. Esclerótica-Músculos	N	7. Tímpanos	N	11. Tabique	N	15. Dentadura-Encías	N
4. Fondo de ojo	N	8. Lóbulos	N	12. Cornetes	N	16. Paladar-Úvula	N

Ampliación de hallazgos: El examen de los organos de los sentidos es normal.
Se realiza Agudeza visual con Carta de Snell lejana Ojo Derecho 20/20 Ojo Izquierdo 20/20 Ambos ojos 20/20 y Cercana a 33 cm Ojo Derecho 0.5M Ojo Izquierdo - 0.5M AO 0.5 M. NO SE REALIZA FONDO DE OJO NO SE EVALÚA PERCEPCIÓN DE COLORES NI VISIÓN DE PROFUNDIDAD.

9. EXAMEN FISICO - INDICADORES

Apariencia	Sano	Peso (Kilos)	62	Talla cms.	164	Índice Masa Corporal	23.1
Presión arterial	110/70	Pulso (Min)	70	Respiración	18/min	Dominancia	Diestro
						Perímetro cintura	93
Indice distribución de grasa regional	Infinity						

10. EXAMEN FISICO GENERAL (N=Normal, A=Anormal, NE=NoEvaluado)

1. Cabeza	N	7. Cardiaco	N	13. Piel-Faneras	N	19. Reflejos tendinosos	N
2. Cuello	N	8. Circulatorio	N	14. Miembros superiores	N	20. Motilidad	N
3. Tiroides	N	9. Pulmonar	N	15. Miembros inferiores	N	21. Sensibilidad	N
4. Tórax	N	10. Abdomen	N	16. Neurológico	N	22. Tono muscular	N
5. Mamas	NE	11. Genitales externos	NE	17. Estado mental	N	23. Fuerza muscular	N
6. Espalda	N	12. Vascular periférico	N	18. Pares craneales	N	24. Marcha	N

Ampliación de hallazgos:
Persona con facies normal, consciente, cooperadora, orientada en sus tres esferas, su estado mental es aparentemente normal, posición adquirida a voluntad. La edad aparente concuerda con la edad real.
Se retira ropa de forma espontánea y se la coloca sin referir dolor, no se evidencia limitación para realizar esto, se retira zapatos y se los coloca sin limitación. Se indica realizar movimientos y maniobras hasta donde su condición física lo permita. No se realiza evaluación de mamas ni genitales.

11. EVALUACION OSTEOMUSCULAR DE EXTREMIDADES (N=Normal, A=Anormal)

	Izq.	Der.		Izq.	Der.		Izq.	Der.		Izq.	Der.
1. Hombros	N	N	4. Antebrazos	N	N	7. Caderas	N	N	10. Piernas	N	N
2. Brazos	N	N	5. Muñecas	N	N	8. Muslos	N	N	11. Tobillos	N	N
3. Codos	N	N	6. Manos	N	N	9. Rodillas	N	N	12. Pies	N	N

Ampliación de hallazgos: No se evidencian alteraciones osteomusculares ni limitaciones funcionales.

12. EVALUACION DE COLUMNA VERTEBRAL (Cervical-Dorsal-Lumbar-Sacra)

1. Inspección	N	5. Inclinaciones	N	9. Flexo extensión	N	13. Prueba de Schober	N
2. Palpación	N	6. Rotaciones	N	10. Alineación escapular	N	14. Test de Wells	N
3. Sensibilidad	N	7. Marcha puntas	N	11. Alineación pélvica	N	15. Prueba de Laségue	N
4. Motricidad	N	8. Marcha talones	N	12. Medición extremidades	N	16. Signo del timbre	N

Ampliación de hallazgos: Al examen físico de la columna vertebral no se evidencia ningún tipo de patología ni limitación funcional.

13. EXÁMENES DE LABORATORIO

FECHA	EXAMEN	RESULTADO

14. PRUEBAS COMPLEMENTARIAS

Visiometría: NO APLICA.
Audiometría: NO APLICA.
Espirometría computarizada: NO APLICA.

15. PRINCIPALES HALLAZGOS Y DIAGNÓSTICOS

CIE10|Z100:Examen de salud ocupacional

16. CONCLUSIONES OCUPACIONALES

De acuerdo al examen médico ocupacional realizado a MARISOL LOPEZ ISAZA con documento de identificación No. 1053804951 se considera no presenta restricciones para desempeñar la ocupación de AUXILIAR DE ENFERMERIA en una empresa del sector económico Servicios

17. CONDUCTAS OCUPACIONALES PREVENTIVAS

1. CLASIFICACIÓN EN EL SISTEMA DE VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA OSTEOMUSCULAR: De acuerdo a la información disponible y el examen realizado se clasifica como NO CASO.

.OMENDACIONES GENERALES (Para el manejo de enfermedades generales o comunes)

. generan recomendaciones médicas

. CONCEPTO MEDICO DE APTITUD OCUPACIONAL

NO PRESENTA RESTRICCIONES

20. OBSERVACIONES FINALES
CONSIDERACIONES SOBRE LA CAPACIDAD VISUAL EVALUADA POR EL MÉDICO: En el examen Médico Ocupacional realizado se incluyó una valoración de la capacidad visual, en la que se encontró una agudeza visual adecuada para el desempeño de la ocupación actual.

ENFASIS EN EL EXAMEN DEL SISTEMA OSTEOMUSCULAR: En el Examen Médico Ocupacional realizado se hizo una completa revisión de su sistema osteomuscular, extremidades y columna, buscando patologías o secuelas de estas que pudieran constituir un riesgo aumentado para la realización de las actividades de su trabajo habitual, o de aquellas que impliquen posturas forzadas o movimientos repetitivos. Cualquier alteración significativa encontrada se ampliará en el Certificado Médico, con el objeto de definir su estado, implicaciones ocupacionales o la necesidad de tratamiento.

Gloria Esperanza Segura Pinilla

GLORIA ESPERANZA SEGURA PINILLA
Medico General
T.P. 1088290769/2015
Especialista en Gerencia de la Seguridad y Salud en el trabajo
Universidad Santiago de Cali
Resolución 1813/2022

Marisol Lopez Isaza

Firma para identificación de usuario
MARISOL LOPEZ ISAZA
Documento: 1053804951

Indice der

Escanee el código si desea verificar datos

CONSIDERACIONES LEGALES RELATIVAS A LOS EXAMENES DE INGRESO: Las Resoluciones 2346 del 11 de julio de 2007 y 1918 de Junio 5 de 2009 del Ministerio de la Protección Social (actualmente Ministerios de Trabajo y de Salud y Protección Social) reglamentan la práctica y contenido de las evaluaciones médicas ocupacionales de ingreso, con el objeto de determinar la existencia de restricciones para el trabajo a desempeñar, acorde con los requerimientos definidos por el empleador en el perfil del cargo. También establece que la Empresa solo puede conocer el CERTIFICADO MÉDICO DE INGRESO del aspirante. Los documentos completos de la Historia Clínica Ocupacional están sometidos a reserva profesional y quedan bajo nuestra guarda y custodia, segun lo establecido en la Resolución 1918 de Junio 5 de 2009 y el trabajador puede obtener una copia de ellos cuando lo requiera, entendiendo que hacen parte integral de su historial médico.

EPS

sura

CERTIFICADO DE AFILIACIÓN AL PBS DE EPS SURA

EPS SURAMERICANA S.A. en desarrollo de su programa especial para la garantía del Plan de Beneficios en Salud denominado **EPS SURA**

CERTIFICA

Que **MARISOL LOPEZ ISAZA** identificado(a) con **CÉDULA DE CIUDADANÍA** número **1053804951** está registrado(a) en el PBS EPS SURA con la siguiente información:

TIPO Y NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN	CC 1053804951
NOMBRES Y APELLIDOS	MARISOL LOPEZ ISAZA
TIPO DE AFILIADO	BENEFICIARIO
PARENTESCO	COMPAÑERO (A) PERMANENTE
ESTADO DE AFILIACIÓN	TIENE DERECHO A COBERTURA INTEGRAL
CAUSA ESTADO DE LA AFILIACIÓN	COBERTURA INTEGRAL
FECHA DE INGRESO A EPS SURA	01/08/2026
FECHA RETIRO EPS SURA	ACTIVO(A)

DIRECCIÓN DE AFILIACIONES
Fecha de generación: **29/10/2026**

ESTE DOCUMENTO NO ES VÁLIDO PARA LA PRESTACIÓN DEL SERVICIO, NI PARA TRASLADOS

Colpensiones

LA ADMINISTRADORA COLOMBIANA DE PENSIONES - COLPENSIONES

CERTIFICA QUE

Verificada la base de datos de afiliados, el/la señor/a **MARISOL LOPEZ ISAZA** identificado/a con documento de identidad **Cédula de Ciudadanía** número **1053804951,** se encuentra afiliado/a desde **01/08/2023** al Régimen de Prima Media con Prestación Definida (RPM) administrado por la Administradora Colombiana de Pensiones **COLPENSIONES**.

La presente certificación se expide en Bogotá, el día 03 de noviembre de 2026.

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

Rosa Mercedes Nino Amaya
Dirección de Afiliaciones

Nota: Certificado generado desde la página Web. Este documento no es válido para el reconocimiento de prestaciones económicas, está sujeto a verificación y no tiene costo alguno.

Powered by CamScanner

DAVIVIENDA

Banco Davivienda S.A.

CERTIFICADO

PEREIRA, **15/06/2025**
RISARALDA,
COLOMBIA,
A quien interese

Por medio de la presente hacemos constar que **la señora MARISOL LOPEZ ISAZA** con **Cédula de Ciudadanía** número **1053804951**

Posee en el banco Davivienda:

CUENTA DE AHORROS DAMAS

Número	**0550488444333881**
Fecha de apertura	**20/03/2024**

Cordialmente,

BANCO DAVIVIENDA

SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

mipg | modelo integrado de planeación y gestión

Función Pública

Verificado el aplicativo del Modelo Integrado de Planeación y Gestión

Hace constar que:

Marisol Lopez isaza

C.C 1.053.804.951

Participó y completó con éxito los 8 módulos del curso virtual del
Modelo Integrado de Planeación y Gestión - MIPG

MIPG VERSIÓN II (2021)

Bogotá D.C., 09 de octubre 2025

Luz Daifenis Arango Rivera
Directora de Gestión y Desempeño Institucional

Código: 766015879000


Fundamentos Generales


Talento Humano


Direccionamiento estratégico


Gestión con valores para resultados


Evaluación de resultados


Información y comunicación


Gestión del conocimiento


Control interno

Función Pública

Verificados los resultados del participante en el curso virtual

Función Pública certifica que:

Marisol Lopez isaza

C.C 1.053.804.951

Participó y completó el curso virtual

Integridad, transparencia y lucha contra la corrupción

Con una duración de 20 horas.

Bogotá D.C., 09 de octubre 2025

Francisco Camargo Salas
Director de Empleo Público

Código: 766016721000

CERTIFICADO DE VACUNACIÓN

Institución: LABORATORIO CLÍNICO CALDAS

Nombre: Marisol Lopez Isaza

Doc. Identidad: 1000831647792

Dirección: _____

Teléfono: 8768656

[illegible]da	Dosis Refuerzo	Lote	Fecha Aplicación	Firma Vacunador
[illegible]os. B	1ª Dosis	527AE	6-Feb-08	Monica Palacio
	[illegible]osis	527AE	28 Agos-08	María N. Gómez T. Aux. Enf. Red 599
	3ª Dosis	XX1183	10 Feb/09	María N. Gómez T. Aux. Enf. Red, 599
	Refuerzo			
Hepatitis A	1ª Dosis			
	2ª Dosis			
Triple Viral	1ª Dosis		6 Feb-08	Mónica Palacio
Varicela	1ª Dosis			
Neumococo	1ª Dosis			
T. Tetánico Diftérico	1ª Dosis		6 Feb-08	Mónica Palacio
	[illegible]osis	[illegible]	28 Agos-08	María N. Gómez T. Aux. Enf. Reg. 599
	3ª Dosis			
	Refuerzo			
[illegible]nfluenza	[illegible]Dosis	10 [illegible]	[illegible]	20/09
	2ª Dosis			
[illegible]ricidea				
Fiebre A[illegible]				

[illegible]nza (Gripe): Una dosis cada año

Tipo Identificación	Nro. Identificación	Primer Nombre	Segundo Nombre	Primer Apellido	Segundo Apellido	Estado Identificacion	Detalles
CC	1053804951	MARISOL		LOPEZ	ISAZA	Vigente	Ver

De conformidad con los artículos 100 y 101 del Decreto Ley 2106 de 2019, una vez revisadas las bases de datos del Registro Único Nacional de Talento Humano en Salud se constató que el (la) señor(a) MARISOL LOPEZ ISAZA identificado(a) con CC 1053804951 registra La siguiente información:

2026-10-29→3:18:38 PM

Información Académica

Tipo Programa	Origen Obtención Título	Profesion u Ocupacion	Fecha inicio ejercer acto Administrativo	Acto Administrativo	Entidad Reportadora
AUX	**Local**	**AUXILIAR DE ENFERMERIA**	**2016-04-26**	**490621**	**DIRECCION TERRITORIAL SALUD DE CALDAS**

La información dispuesta se encuentra en proceso de actualización de conformidad con lo señalado por el Ministerio de Salud y Protección Social. El talento humano en salud puede continuar ejerciendo su profesión u ocupación del área de la salud, presentando los documentos que acreditaron el cumplimiento de los requisitos que se encontraban vigentes (Resolución de autorización de ejercicio en todo el territorio nacional, expedida por este Ministerio o por una Secretaría de Salud, y según la profesión, tarjeta profesional, matrícula profesional, etc.). Registro Único Nacional del Talento Humano en Salud (ReTHUS).

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT. 901.687.882-6

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

CERTIFICA

MARISOL LOPEZ ISAZA.

C.C. 1.053.804.951.

REALIZÓ EL CURSO TALLER DE:

"SOPORTE VITAL BÁSICO SVB (BLS)"

"REANIMACION CARDIOPULMONAR BÁSICA"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE PEREIRA (RISARALDA) EL DÍA 07 DE MAYO DE 2024.

DURACIÓN 40 HORAS.

DESARROLLADO CON LAS GUÍAS MUNDIALES EN REANIMACION 2020

SEGÚN CONSENSO DEL INTERNATIONAL LIAISON COMMITTEE ON RESUSCITATION (ILCOR) PARA EL PERSONAL DE SALUD Y EMERGENCIAS.RESOLUCIÓN 3100/2019

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de 2012. *Crue Mag.*

AMAURY JULIO.
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMÉRICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y SIMULACIÓN CLÍNICA.

DR STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA - CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA.

DR RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

FECHA DE RENOVACION -MAYO 2026

@emergencias.glem @emergencias.glem emergencias.glem@gmail.com

Linea nacional 310 231 0 500

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL...

Powered by CamScanner

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

NIT. 901.687.882-6

CENTRO INTERNACIONAL DE ENTRENAMIENTO EN EMERGENCIAS PARA LATINOAMERICA

CERTIFICA

MARISOL LOPEZ ISAZA.

C.C. 1.053.804.951.

REALIZÓ EL CURSO TALLER

"ATENCIÓN INTEGRAL EN SALUD A LAS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA SEXUAL Y DE GÉNERO"

ENTREGADO EN LA CIUDAD DE PEREIRA (RISARALDA) EL DÍA 07 DE MAYO DE 2024.

DURACIÓN 40 HORAS.

Según Resolución 0459 del 2012.

Según Resolución 3100 del 2019.

Licencia según Resolución No. 2868 DEL 05 DE MAYO DE 2023 de SECRETARIA DE SALUD. Certificado por cumplimiento según resolución 1220 de 2010, 1805 de 2016, 2003 de 2014 y 4481 de 2012. *Cruz Mag*

AMAURY JULIO.
COORDINADOR OPERATIVO NACIONAL
LÍDER DE ENTRENAMIENTO Y ENLACE PARA LATINOAMÉRICA
LÍDER DEL EQUIPO DE ENTRENADORES Y SIMULACIÓN CLÍNICA.

DR STEVENSON CARDONA S.
DIRECTOR CIENTÍFICO
MÉDICO INTERNISTA - CARDIÓLOGO
FELLOW ELECTROFISIOLOGÍA

GRUPO LATINOAMERICANO DE EMERGENCIAS

DR RICARDO LEON SANCHEZ C.
COORDINADOR MÉDICO DEL PROGRAMA PEPYN
MÉDICO PEDIATRA NEONATOLOGO
ENTRENADOR NALS/PALS GLEM

FECHA DE RENOVACION – MAYO 2026

@emergencias.glem @emergencias.glem emergencias.glem@gmail.com

Linea nacional 310 231 0 500

LO BUENO DEL GRUPO ES ESTAR EN EL...

Powered by CamScanner

Cruz Roja Colombiana

La Cruz Roja Colombiana hace constar que

MARISOL LOPEZ ISAZA

Documento No. 1053804951

Participó en el Taller Virtual sobre

MISIÓN MÉDICA

Realizado desde la ciudad de Bogotá DC, bajo la plataforma Teams el día 3 octubre de 2025 con una intensidad de cuatro (4) horas

Esta constancia fue generada en la ciudad de Bogotá DC – Colombia, el 7 de octubre de 2025

Carlos Andrés Marulanda Lenis. RN; MG.
Coordinador Nacional Programa Misión Médica
Cruz Roja Colombiana

EGIS
EQUIPO DE GESTIÓN INTEGRAL EN SALUD

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS
5805101333

PÓLIZA No: 580 -89 - 994000007754 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **PEREIRA** COD. AGE: 580 RAMO: 89 PAP:

DIA	MES	AÑO		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO
29	10	2026	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	29	10	2026	23:59		29	10	2027	23:59	365	29	10	2026
FECHA DE EXPEDICIÓN				VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN		

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

	DIA	MES	AÑO	HORAS		DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
VIGENCIA DEL ANEXO	29	10	2026	23:59		29	10	2027	23:59	365
	VIGENCIA DESDE			A LAS		VIGENCIA HASTA			A LAS	

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **MARISOL LOPEZ ISAZA** IDENTIFICACIÓN: CC **1053.804.951**

DIRECCIÓN: CRA 22 # 151 -17 CIUDAD: PEREIRA, RISARALDA TELÉFONO: 3045872127

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **MARISOL LOPEZ ISAZA** IDENTIFICACIÓN: CC **1053.804.951**

DIRECCIÓN: CRA 22 # 151 -17 CIUDAD: **PEREIRA, RISARALDA** TELÉFONO: 3045872127

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: RISARALDA CIUDAD: PEREIRA

DIRECCION: CARRERA 22 #151 - 17

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 100,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	100,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	100,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	100,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	100,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	10,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***100,000,000.00	$ **********54,950	$****15,000.00	*******13,291	$ **********83,240

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
ANDRES FELIPE REYES ROBLEDO	9454	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TITULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENU "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000580510133

MARISOL LOPEZ ISAZA
FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CBD0207D0E0FFD7D5C

CLIENTE

ANDRREYES 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a jueves: de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. - Viernes: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web: https://aseguradorasolidaria.com.co/defensor-consumidor-financiero**

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000007754** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARISOL LOPEZ ISAZA** IDENTIFICACIÓN: CC **1053.804.951**

ASEGURADO: **MARISOL LOPEZ ISAZA** IDENTIFICACIÓN: CC **1053.804.951**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

TOMADOR: MARISOL LOPEZ ISAZA
ASEGURADO: MARISOL LOPEZ ISAZA
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CARRERA 22 #151 - 17
PROFESION ASEGURADA: Auxiliar de Enfermeria
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermería

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 29 del mes de 10 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D00I y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:
Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
Cláusula de no renovación tácita o automática.
Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000007754** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARISOL LOPEZ ISAZA** IDENTIFICACIÓN: CC **1053.804.951**

ASEGURADO: **MARISOL LOPEZ ISAZA** IDENTIFICACIÓN: CC **1053.804.951**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA
2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000007754** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **MARISOL LOPEZ ISAZA** IDENTIFICACIÓN: CC **1053.804.951**

ASEGURADO: **MARISOL LOPEZ ISAZA** IDENTIFICACIÓN: CC **1053.804.951**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS
1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.
2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES
A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

CLIENTE

Aseguradora Solidaria de Colombia

NIT: 860.524.654-6

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar COLOMBIA 2025

Great Place To Work. Los Mejores Lugares para Trabajar AMÉRICA LATINA 2025

NÚMERO ELECTRÓNICO PARA PAGOS

5805100400

PÓLIZA No: 580 -89 - 994000007744 ANEXO:0

AGENCIA EXPEDIDORA: **PEREIRA** COD. AGE: 580 RAMO: 89 PAP:

FECHA DE EXPEDICIÓN DIA	MES	AÑO	VIGENCIA DE LA PÓLIZA	VIGENCIA DESDE DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS	FECHA DE IMPRESIÓN DIA	MES	AÑO
29	10	2026		29	10	2026	23:59 A LAS	29	10	2027	23:59 A LAS	365	29	10	2026

MODALIDAD FACTURACIÓN: **ANUAL** TIPO DE IMPRESIÓN: REIMPRESION

TIPO DE MOVIMIENTO EXPEDICION

VIGENCIA DEL ANEXO DIA	MES	AÑO	HORAS	VIGENCIA HASTA DIA	MES	AÑO	HORAS	DIAS
	29	10	2026	23:59 A LAS	29	10	2027	23:59 A LAS	365

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE:: **LINA MARCELA BLANDON MANSO** IDENTIFICACIÓN: CC **1088.284.972**

DIRECCIÓN: MZ 3 CASA 4 VILLA SANTANA CIUDAD: PEREIRA, RISARALDA TELÉFONO: 3206091751

DATOS DEL ASEGURADO Y BENEFICIARIO

ASEGURADO: **LINA MARCELA BLANDON MANSO** IDENTIFICACIÓN: CC **1088.284.972**

DIRECCIÓN: MZ 3 CASA 4 VILLA SANTANA CIUDAD: **PEREIRA, RISARALDA** TELÉFONO: 3206091751

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

DATOS DEL RIESGO Y AMPAROS

ITEM: 1 DEPARTAMENTO: RISARALDA CIUDAD: PEREIRA

DIRECCION: CALLE 3 #4 - 3

ACTIVIDAD: AUXILIAR DE LA SALUD

DESCRIPCION AMPAROS	SUMA ASEGURADA	LIMITE POR EVENTO
DAÑO EMERGENTE POR EL ACTO MEDICO	$ 100,000,000.00	
RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA	100,000,000.00	
USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO	100,000,000.00	0.00
SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS	100,000,000.00	0.00
SUSTITUCION PROVISIONAL	100,000,000.00	0.00
GASTOS DE DEFENSA	10,000,000.00	0.00

DEDUCIBLES: 10.00 % DEL VALOR DE LA PERDIDA - Mínimo: 2.00 SMMLV en RESPONSABILIDAD CIVIL MEDICA/USO DE EQUIPOS DE DIAGNOSTICO/SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS/SUSTITUCION PROVISIONAL

VALOR ASEGURADO TOTAL:	VALOR PRIMA:	GASTOS EXPEDICION:	IVA:	TOTAL A PAGAR:
$ ***100,000,000.00	$ **********54,950	$****15,000.00	$ *******13,291	$ **********83,240

INTERMEDIARIO

NOMBRE	CLAVE	%PART
ANDRES FELIPE REYES ROBLEDO	9454	100.00

COASEGURO CEDIDO

NOMBRE COMPAÑIA	%PART	VALOR ASEGURADO

LA MORA EN EL PAGO DE LA PRIMA DE LA PÓLIZA O DE LOS CERTIFICADOS O ANEXOS QUE SE EXPIDAN CON FUNDAMENTO EN ELLA PRODUCIRÁ LA TERMINACIÓN AUTOMÁTICA DEL CONTRATO Y DARA DERECHO A ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA ENTIDAD COOPERATIVA, PARA EXIGIR EL PAGO DE LA PRIMA DEVENGADA Y DE LOS GASTOS CAUSADOS CON OCASIÓN DE LA EXPEDICIÓN DEL CONTRATO.

PARA ACCEDER AL CLAUSULADO DE SU PÓLIZA DE SEGURO, POR FAVOR INGRESE AL SIGUIENTE LINK https://aseguradorasolidaria.com.co/enlaces-de-interes/biblioteca-de-clausulados.aspx Y BUSQUE EL NOMBRE DEL PRODUCTO TAL Y COMO FIGURA EN EL TÍTULO DE ESTE DOCUMENTO. TAMBIÉN PUEDE VERIFICAR LA VALIDEZ DE ESTA PÓLIZA DESDE NUESTRA PÁGINA WEB https://www.aseguradorasolidaria.com.co, EN EL MENÚ "SERVICIOS", OPCIÓN "CONSULTA POLIZA DE CUMPLIMIENTO Y OTROS".

FIRMA ASEGURADOR

(415)7701861000019(8020)000000000007000580510040

Marisol lopez Ibarra

FIRMA TOMADOR

DIRECCIÓN NOTIFICACIÓN ASEGURADORA: Calle 100 No. 9A-45 Piso 12 Bogotá

CBD0207D0E0FFC7A5F CLIENTE ANDRREYES 0

Defensor del Consumidor Financiero – Principal: Juan Sebastián Portilla Portilla - **Defensor del Consumidor Financiero – Suplente:** José Guillermo Peña González
Dirección: Av 19 # 114 – 09 oficina 502 Bogotá – **Teléfonos:** (601) 213 13 70 – 213 13 22 - **Celular:** 321 924 04 79 – 323 232 29 34 - **Correo electrónico:** contacto@pgabogados.com
Horario: Lunes a jueves: de 8:00 a. m. a 5:30 p. m. - Viernes: de 8:00 a. m. a 5:00 p. m. **Para mayor información lo invitamos a consultar el folleto en el siguiente link de nuestra página web:**

Ahora Aseguradora Solidaria de Colombia confirma la información de los clientes a través del Call Center, por favor tenga en cuenta que será contactado para realizar el procedimiento

GRAN CONTRIBUYENTE RES.2509 DIC/93 - REGIMEN COMUN - ACTIVIDAD ECONOMICA 6601, ENTIDAD COOPERATIVA NO EFECTUAR RETENCION EN LA FUENTE

Compañía de Seguros

VIGILADO SUPERINTENDENCIA FINANCIERA DE COLOMBIA

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000007744** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LINA MARCELA BLANDON MANSO** IDENTIFICACIÓN: CC **1088.284.972**

ASEGURADO: **LINA MARCELA BLANDON MANSO** IDENTIFICACIÓN: CC **1088.284.972**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

SEGURO DE RC PROFESIONAL INDIVIDUAL PARA MEDICOS Y PROFESIONALES DE LA SALUD (MODALIDAD OCURRENCIA)

TOMADOR: LINA MARCELA BLANDON MANSO
ASEGURADO: LINA MARCELA BLANDON MANSO
BENEFICIARIO: Terceros Afectados y/o quien tenga derecho a la prestación asegurada.

DOMICILIO DEL ASEGURADO: CALLE 3 #4 - 3
PROFESION ASEGURADA: Auxiliar de Enfermería
ESPECIALIZACION: Auxiliar de Enfermería

VIGENCIA: 365 días, a partir del día 29 del mes de 10 del año 2026 con inicio de cobertura a las 23:59 horas.

OBJETO:
Otorgar cobertura de Responsabilidad Civil Profesional Médica Individual al profesional médico asegurado bajo la presente póliza, en consideración a las declaraciones manifestadas y contenidas en el formulario de solicitud de seguro, las cuales se incorporan al contrato de seguros para todos los efectos, y al pago de la prima correspondiente, hasta por los límites y sublímites asegurados estipulados para cada amparo, tal como se describen en las siguientes condiciones particulares.

CONDICIONES GENERALES:
Según Aseguradora Solidaria de Colombia forma 17/03/2021-1502-P-06-GENER-CL-SUSG-36-D001 y 17/03/2021-1502-NT-P-06-P170321MGG8G8000 CL-SUSG-36-RC-MEDICA-PROFESIONAL-17032021.pdf (aseguradorasolidaria.com.co)

AMPARO BÁSICO:
Responsabilidad Civil Profesional Médica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Uso de Equipos de Diagnóstico y/o Terapéutica: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Suministro de Medicamentos: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Sustitución Provisional: límite del 100% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia, en modalidad Ocurrencia.
Gastos de Defensa: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costos para la constitución de Cauciones Judiciales: sublímite del 5% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Costas del proceso según fallo judicial: sublímite del 10% del valor asegurado de la póliza por evento y vigencia.
Cobertura a Perjuicios Extra patrimoniales: sublímite del 50% del valor asegurado de la póliza por evento, y del 100% del valor asegurado de la póliza por vigencia. Entendido como Perjuicios Extrapatrimoniales los ocasionados a un tercero, derivados directamente de una lesión personal o daño material amparados por la póliza. En Daños Morales se incluyen amparados los Perjuicios Fisiológicos y los Daños a la Vida en Relación.

ANEXOS DE COBERTURA, CONDICIONES Y DEMAS CLAUSULAS:
No se otorga restablecimiento automático de la suma asegurada.
Definición de Sublímite: incluido dentro del valor asegurado, esto quiere decir que en caso de pérdida total no constituye un valor adicional de indemnización
Cláusula de Revocación: treinta (30) días.
Aviso de Siniestro: treinta (30) días.
Cláusula de no renovación tácita o automática.
Declaraciones Reticentes o Inexactas: la empresa tomadora está obligada a declarar sinceramente los hechos o circunstancias que determinan el estado de riesgo. La reticencia o inexactitud sobre hechos o circunstancias relacionadas con éste producen los efectos previstos en el Código de Comercio.

TODAS LAS MODIFICACIONES, ALTERACIONES Y/O EXTENSIONES DEBERÁN SER ACORDADAS CON ASEGURADORA SOLIDARIA DE COLOMBIA.
TODOS LOS AMPAROS, LIMITES, SUBLIMITES Y ANEXOS HACEN PARTE DEL LÍMITE AGREGADO DE RESPONSABILIDAD Y NO SON EN ADICIÓN A ESTE.

DEDUCIBLES:
Gastos de Defensa, Cauciones Judiciales y Costas del Proceso: sin aplicación de deducible.
Demás Eventos: 10% del valor de la pérdida, mínimo 2 SMMLV.

EXCLUSIONES:
Sin perjuicio de las consagradas en el texto de las condiciones generales del seguro, se adicionan las siguientes:

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000007744** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LINA MARCELA BLANDON MANSO** IDENTIFICACIÓN: CC **1088.284.972**

ASEGURADO: **LINA MARCELA BLANDON MANSO** IDENTIFICACIÓN: CC **1088.284.972**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

Actos médicos realizados con aparatos, equipos o tratamientos o medicamentos no reconocidos por la ciencia médica, salvo aquellos de carácter científico-experimental durante ensayos clínicos cuyos protocolos hayan sido debidamente autorizados por organizaciones respectivas e informados por escrito al Asegurador previo a su inicio. Excepto también cuando la utilización de los cuales representa el último remedio para el paciente a raíz de su condición, cuya aplicación haya sido sancionada por las autoridades civiles y/o administrativas respectivas y cuya naturaleza y carácter de científico experimental haya sido consignada fiel y claramente en el consentimiento Informado realizado con el paciente, y avalado con la firma de éste.

Daños Financieros Puros (Lucro cesante) que no sean consecuencia directa de un daño físico causado por el Asegurado a un paciente.

Reclamaciones por sanciones punitivas o ejemplares, es decir, cualquier multa o penalidad impuesta por un juez civil o penal, o sanciones de carácter administrativo.

Reclamaciones por cirugía bariátrica, salvo para pacientes diagnosticados clínicamente con obesidad mórbida o super-obesidad y con masa corporal superior a 35 kilogramos por metro cuadrado.

Reclamaciones por cualquier ofensa sexual, cualquiera que sea su causa y/u origen.

Reclamaciones por actos médicos realizados con anterioridad a la fecha de entrada en vigor de ésta cobertura.

Reclamaciones por la falta o el incumplimiento, completo o parcial, del suministro de servicios tales como la electricidad, agua, gas, teléfono, etc., salvo en caso de fuerza mayor no imputable al Asegurado.

Reclamaciones por incumplimiento de algún convenio, sea verbal o escrito, propaganda, sugerencia o promesa de éxito que garantice el resultado de cualquier tipo de servicio médico.

Reclamaciones por reintegro de honorarios profesionales o sumas abonadas al Asegurado o a su representante.

Reclamaciones por toda Responsabilidad Civil Contractual y Extracontractual, tales como; RC Patronal, RC directores y Oficiales (DO), RC de Profesionales no Médicos (EO), RC Servidores Públicos, y RC Automotores.

Reclamaciones presentadas y/o demandas entabladas / formuladas y/o sentencias fuera del país de domicilio del Asegurado, incluyendo aquellas donde se conceda el estado de Exquatur en Colombia.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe control de peso mediante liposucción, lipoescultura, derivación intestinal, o mediante receta de medicamentos que contengan barbitúricos, sus componentes y/o derivados.

Cualquier Médico General o Cirujano que efectúe liposucción, lipoescultura, derivación intestinal o gastro plastia transversal únicamente con fines estéticos o cosméticos.

Se modifica la exclusión 2.5 de la sección 2 del condicionado general para ser reemplazado por el siguiente texto:

2. EXCLUSIONES GENERALES APLICABLES A TODA PÓLIZA
2.5.
2.5.1. RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL POR TRATAMIENTOS MÉDICOS DE FERTILIDAD HUMANA QUE SUSTITUYAN EL PROCESO NATURAL DE LA REPRODUCCIÓN (FACILITAR EL EMBARAZO) POR CUALQUIERA DE LAS TÉCNICAS DE REPRODUCCIÓN ASISTIDA, YA SEA POR INSEMINACIÓN ARTIFICAL O FECUNDACIÓN IN VITRO.
2.5.2. RESPONSABILIDAD CIVIL POR TRATAMIENTOS DESTINADOS A LA INTERRUPCIÓN DEL EMBARAZO, SALVO CASO ESPECÍFICO DEL ABORTO (INTERRUPCIÓN VOLUNTARIA DEL EMBARAZO) QUEDAN AMPARADOS LOS DAÑOS A CONSECUENCIA DE UNA INTERVENCIÓN QUE CORRESPONDA AL CUMPLIMIENTO DE UNA OBLIGACIÓN LEGAL Y/O CONSTITUCIONAL.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE, según texto.
CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS, según texto.

EXCLUSIÓN ENFERMEDAD TRANSMISIBLE
Esta Póliza no aplica a: Enfermedad Transmisible Lesión Personal o Daño Material surgido de una transmisión real o presunta de una enfermedad transmisible, incluyendo, pero sin limitarse al Nuevo Coronavirus en cualquier forma de cualquier origen.

Esta exclusión aplica aun si los reclamos contra cualquier asegurado alegan negligencia u otra conducta indebida en:

a. La supervisión, contratación, empleo, entrenamiento o monitoreo de otros que puedan estar infectados y propagar una enfermedad transmisible;
b. Las pruebas para una enfermedad transmisible;
c. Falla en prevenir la propagación de la enfermedad; o
d. Falla en el reporte de la enfermedad a las autoridades;
e. La aplicación de cualquier ley u orden la cual el asegurado estaba legalmente obligado a cumplir antes o en cualquier momento de la propagación real de la Enfermedad Transmisible.

Esta Póliza excluye también cualquier responsabilidad, gasto de cualquier tipo, daños, demandas, reclamos o pérdidas,

(i) surgidos directa o indirectamente de cualquier temor o amenaza (ya sea real o percibida) del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(ii) directa o indirectamente causados por, resultantes de o en conexión con cualquier acción tomada para controlar, prevenir, suprimir o de alguna manera relacionada a cualquier brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo
(iii) causados directa o indirectamente por la imposición de cuarentena o restricción en el movimiento de gente o animales, por cualquier ente o agencia nacional o internacional en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o cualquier variación mutante del mismo.

CLIENTE

SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL PROFESIONAL MEDICA

DATOS DE LA POLIZA

AGENCIA EXPEDIDORA: PEREIRA COD. AGENCIA: 580 RAMO: 89 No PÓLIZA: **994000007744** ANEXO: 0

DATOS DEL TOMADOR

NOMBRE: **LINA MARCELA BLANDON MANSO** IDENTIFICACIÓN: CC **1088.284.972**

ASEGURADO: **LINA MARCELA BLANDON MANSO** IDENTIFICACIÓN: CC **1088.284.972**

BENEFICIARIO: **TERCEROS AFECTADOS** IDENTIFICACIÓN: NIT **001-8**

TEXTO DE LA POLIZA

(iv) causados directa o indirectamente por un aviso o advertencia de viaje emitida por un ente o agencia nacional o internacional de cualquier tipo en relación con un brote del Nuevo Coronavirus (Covid-19) o una variación mutante del mismo y respecto a (ii) y (iv) cualquier temor o amenaza del mismo (ya sea real o percibida).

Para los propósitos de esta exclusión Enfermedad Transmisible significa: Una enfermedad que se propaga de una persona a otra ya sea por transmisión directa o indirecta de una bacteria o virus entre el portador y la persona infectada, o a través de un vector, tal como comida contaminada por el portador y consumido por la persona infectada.

CLÁUSULA DE EXCLUSIÓN DE PÉRDIDAS Y DATOS CIBERNÉTICOS
1. No obstante, cualquier disposición contraria en esta póliza o cualquier suplemento a la misma, se excluye cualquier:
1.1 Pérdida cibernética.
1.2 Pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste, gasto de cualquier naturaleza causado directa o indirectamente por, contribuido por, resultante de, que surja o esté relacionado con cualquier pérdida de uso, reducción de la funcionalidad, reparación, reemplazo, restauración o reproducción de cualesquiera datos, incluyendo cualquier cantidad relacionada con el valor de dichos datos, independientemente de cualquier otra causa o evento que contribuya simultáneamente o en cualquier otra secuencia.
2. En el caso que cualquier parte de esta cláusula fuera considerada inválida o inaplicable, el resto permanecerá en pleno vigor y efecto.
3. Esta cláusula reemplaza y, si entra en conflicto con cualquier otra disposición de la póliza o cualquier suplemento que tenga relación con la pérdida cibernética o los datos, reemplaza esa disposición.

DEFINICIONES
A. PÉRDIDA CIBERNÉTICA:
Cualquier pérdida, daño, responsabilidad, reclamación, coste o gasto de cualquier naturaleza que directa o indirectamente sea causado o aportado por, resulte o surja de, o esté en conexión con un acto cibernético o un incidente cibernético incluyendo, pero sin limitarse a cualquier acción tomada con el fin de controlar, prevenir, suprimir o remediar cualquier acto cibernético o incidente cibernético.
B. ACTO CIBERNÉTICO:
Acto o serie de actos no autorizados, malintencionados o delictivos, sin consideración del tiempo y espacio, o la amenaza o engaño relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático.
C. INCIDENTE CIBERNÉTICO:
Todo error u omisión o serie de errores u omisiones relacionados con el acceso, procesamiento, uso u operación de cualquier sistema informático; o
Cualquier indisponibilidad o fallo parcial o total o serie de indisponibilidades o fallos parciales o totales para acceder, procesar, usar u operar cualquier sistema informático.
D. SISTEMA INFORMÁTICO:
Cualquier ordenador, hardware, software, sistema de comunicación, equipo electrónico (incluyendo pero sin limitarse a teléfonos inteligentes, laptops, tablets, dispositivos portátiles), servidor, nube o microcontrolador incluyendo cualquier sistema similar o configuración de lo antes mencionado e incluyendo asimismo toda entrada y salida, dispositivo de almacenamiento de datos, equipo de redes o instalaciones de copias de respaldo, de propiedad u operadas por el asegurado o cualquier otra parte.
E. DATOS:
Información, hechos, conceptos, código o cualquier otra información de cualquier naturaleza registrada y transmitida en cualquier forma para ser usada, accedida, procesada, transmitida o almacenada por un sistema informático.

EXCLUSIONES PARA GASTOS DE DEFENSA:
Sujeto a los demás términos y condiciones de esta póliza, queda acordado y convenido que esta cobertura no se extiende para amparar reclamaciones de Gastos de Defensa, derivadas de:

Si la responsabilidad que se pretende demostrar proviene de dolo o está expresamente excluida de la póliza.
Si el asegurado afronta el proceso contra orden expresa del asegurador.

AMBITO TERRITORIAL:
Jurisdicción y Legislación Aplicable: colombiana.

GARANTIAS:
Para los efectos y con el alcance del Artículo 1061 del Código de Comercio Colombiano, queda expresamente declarado y convenido que este seguro se realiza en virtud del compromiso que adquiere el asegurado, que durante su vigencia cumplirá con las garantías estipuladas en el numeral 4, literal 4.2 GARANTIAS del clausulado general de la póliza.

El incumplimiento de este compromiso o garantía da lugar a las sanciones que establece el artículo mencionado.

CLIENTE